FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. N° 435

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 28 *novembre* 1873

PAR LOUIS VAILLARD,

Né à Montauban (Tarn-et-Garonne),

ANCIEN ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE DE STRASBOURG,

AIDE-MAJOR STAGIAIRE AU VAL-DE-GRACE.

ÉTUDE SUR UNE ÉPIDEMIE
DE GANGRÈNE DES ORGANES GÉNITAUX
CHEZ LES NOUVELLES ACCOUCHÉES

OBSERVÉE A L'HÔPITAL DES CLINIQUES, 1872-73.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 31.

1873

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen, M. WURTZ.

Professeurs.	MM.
Anatomie	SAPPEY.
Physiologie	BÉCLARD.
Physique médicale	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale	WURTZ.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	CHAUFFARD.
Pathologie médicale	AXENFELD. HARDY.
Pathologie chirurgicale	DOLBEAU. TRÉLAT.
Anatomie pathologique	CHARCOT.
Histologie	ROBIN.
Opérations et appareils	LE FORT.
Pharmacologie	REGNAULD.
Therapeutique et matière médicale	GUBLER.
Hygiene	BOUCHARDAT.
Médecine légale	TARDIEU.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés	PAJOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LORAIN.
Pathologie comparée et expérimentale	VULPIAN.
Clinique médicale	BOUILLAUD. SÉE (G). LASEGUE. BEHIER.
Clinique chirurgicale	VERNEUIL. GOSSELIN. BROCA. RICHET.
Clinique d'accouchements	DEPAUL.

Professeurs honoraires :

MM. ANDRAL, le Baron J. CLOQUET, CRUVEILHIER et DUMAS.

Agrégés en exercice.

MM. BAILLY.	MM. CRUVEILHIER.	MM. GRIMAUX.	MM. OLLIVIER.
BALL.	DAMASCHINO.	GUENIOT	PAUL.
BLACHEZ.	DE SEYNES	ISAMBERT.	PERIER.
BOCQUILLON.	DUPLAY.	LANNELONGUE.	PETER.
BOUCHARD.	DUBRUEIL.	LÉCORCHÉ.	POLAILLON
BROUARDEL.	GARIEL.	LE DENTU.	PROUST.
	GAUTIER.	NICAISE.	TILLAUX.

Agrégés libres chargés de cours complémentaires.

Cours clinique des maladies de la peau	MM. *N.* . .
— des maladies des enfants	ROGER.
— des maladies mentales et nerveuses	*N.* . .
— de l'ophthalmologie	PANAS.
Chef des travaux anatomiques	Marc SÉE.

Examinateurs de la thèse.

MM. DEPAUL, *président :* VERNEUIL, MARC SÉE, LÉCORCHÉ.

M. LE FILLEUL, *Secrétaire.*

Par délibération du 7 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE

DE MON PÈRE

A LA MEILLEURE DES MÈRES

Affection et reconnaissance sans bornes.

A LA FAMILLE BORDELOIS

Témoignage de ma profonde affection.

A MON BIENFAITEUR

LE COMMANDANT LANGLOIS

Officier de la Légion d'honneur.

A MES PARENTS

A MON AMI

LE DOCTEUR MASSONNAUD

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

LE PROFESSEUR DEPAUL

Président à l'Académie de médecine,
Officier de la Légion d'honneur.

ÉTUDE SUR UNE ÉPIDÉMIE

DE

GANGRÈNE DES ORGANES GÉNITAUX

CHEZ LES NOUVELLES ACCOUCHÉES

OBSERVÉE A L'HÔPITAL DES CLINIQUES, 1872-73.

> Celui qui n'écrit que pour satisfaire à un devoir dont il ne peut se dispenser, à une obligation qui lui est imposée, a droit à l'indulgence de ses lecteurs. LA BRUYÈRE.

HISTORIQUE.

Dans l'histoire des épidémies de nature puerpérale, il est commun de voir l'influence pathologique qui les répand affecter des manifestations différentes suivant les pays et les époques, sans qu'on puisse découvrir la cause de ces changements bizarres; mais quand elle s'est produite avec toutes les modalités qui lui sont habituelles, métro-péritonite, péritonite, phlébite, etc., elle n'a pas encore épuisé toutes ses formes et peut en revêtir une nouvelle qui, plus rare, a été pour cela moins souvent signalée dans la science : je veux dire la gangrène.

La gangrène, en effet, n'a presque jamais été envisagée comme manifestation de l'infection puerpérale, et cependant, depuis longtemps, elle avait été vue par un grand nombre de médecins chez les femmes mortes à la suite de couches. Dès 1742, Mead, qui regardait

la fièvre puerpérale comme resultant de l'inflammation des épiploons, avait, dans ses nombreuses autopsies, souvent rencontré les *intestins gangrenés*. Hulme, après lui, 1772, signalait parmi les lésions fréquemment reconnues, *la destruction d'une grande partie de l'épiploon par la gangrène*. Dans le cours de l'épidémie de fièvre puerpérale qui sévit sur la ville de Londres en 1769, 1770 et 1771, Leake trouva toujours à l'ouverture des cadavres l'épiploon en suppuration ou gangrené ; à Vienne, Fauken observa les mêmes faits en 1771 et 1772. L'épidémie qui régna à Berlin en 1778 et 1780, permit à Selle de constater sur un grand nombre de malades la gangrène de l'épiploon, du péritoine, ou des circonvolutions intestinales. Delaroche dans ses *Recherches sur la nature et le traitement de la fièvre puerpérale* qu'il appelle une inflammation érysipélateuse des entrailles a maintes fois cité la gangrène de l'épiploon et des intestins.

Cette altération que ces médecins constataient si fréquemment, que Levret, Tissot, Doublet, encore après eux observaient si souvent, a, de nos jours, perdu beaucoup de sa fréquence ; elle a été observée, mais dans des circonstances plus rares ; ce qui tient sans doute à ce que les travaux modernes ont plus nettement limité le domaine de la gangrène et ont permis d'en séparer certaines lésions anatomiques que nos devanciers rangeaient toutes sous le même chef. Aussi avons-nous hâte de nous adresser à des auteurs voisins de notre époque pour y puiser des documents plus dignes de foi.

En 1828, Danyau étudie dans sa thèse inaugurale la gangrène de l'utérus que Astruc, dans son traité des *Maladies des femmes* avait déjà signalée en 1765 et que Primerose avant lui (1655) avait rencontrée. Dance (1829) publie un cas de gangrène de la rate, et Rayer un cas de gangrène des reins. Tonnelé, en 1830, faisant des recherches sur la fièvre puerpérale, trouve plusieurs fois la désorganisation gangréneuse de l'estomac et du poumon ; Montault, Duplay après lui donnent de nouvelles recherches sur ce sujet.

A mesure que nous avançons, les observations abondent. En 1833, Boivin et Dugès dans leur *Traité des maladies de l'utérus*, consacrent un chapitre aux inflammations gangréneuses de la vulve qu'ils attribuent, soit à des pressions violentes exercées par la tête du fœtus pendant le travail, soit (et celles-là sont plus graves) à une influence épidémique. En 1841 Raynaud, dans sa thèse, expose longuement un cas où la gangrène était survenue chez une nouvelle accouchée et avait atteint simultanément la face, le bras, la muqueuse des fosses nasales; à ce propos, il cite encore un grand nombre d'observations recueillies dans les auteurs (gangrène de la face, des poumons, de la rate, de l'estomac, de la jambe, des parties génitales) et n'hésite pas à attribuer le tout à une infection préalable. Alexis Moreau, dans l'épidémie de fièvre puerpérale observée à la Maternité en 1843 et 1844, note que quelquefois le vagin est le siége d'eschares plus ou moins profondes qui se rencontrent aussi sur la face interne des grandes et des petites lèvres. Jacquemier, dans son *Manuel d'accouchements* (1846), décrit tout au long ces gangrènes vulvaires qu'il attribue tantôt au traumatisme, tantôt à l'infection puerpérale. En 1841, Chavanne observe à l'Hôtel-Dieu de Lyon une épidémie qui, bien que décrite sous le titre de *Diphthérite gangréneuse de la vulve et du vagin*, nous a paru plus probablement être produite par le sphacèle de ces parties. Plus tard, Charrier, dans l'épidémie de 1854 à la Maternité, consigne sur 64 observations de fièvre puerpérale, 14 cas d'eschares gangréneuses aux parties génitales externes; en 1859 nouvelle épidémie à la Maternité, et de nouveau un grand nombre de malades présentent encore des eschares à la vulve. Tarnier observe également ces plaques gangréneuses apparaissant presque toujours sur des solutions de continuité. Le professeur Béhier, dans ses Conférences de clinique médicale faites à la Pitié, relate de nombreuses observattons qui nous montrent la gangrène siégeant à la vulve, au vagin, à l'utérus, dans l'intestin, le foie, le tissu cellulaire du bassin et des fosses iliaques. Nous voyons encore

figurer la gangrène dans la relation que Thierry a laissée de la fièvre puerpérale à l'hôpital Saint-Louis en 1868. Enfin, nous-même, à l'hôpital des Cliniques, nous avons pu observer une véritable épidémie de gangrène des organes génitaux; épidémie qui a précédé et accompagné le développement d'accidents puerpéraux plus graves et en plus grand nombre que les années précédentes et qui, née en septembre 1872, a traversé l'année 1873 avec des alternatives d'arrêt et d'exagération dans son intensité, sans avoir encore disparu au moment où nous en écrivons la relation.

Un fait ressort de ce court historique, c'est le lien qui unit la fièvre puerpérale à la gangrène. Celle-ci peut bien se montrer isolément, comme dans les cas cités par Raynaud, mais presque toujours elle marche de concert avec la première, devient sa compagne après lui avoir servi d'avant-coureur, sévissant avec d'autant plus d'énergie que les autres manifestations de la fièvre puerpérale sont elles-mêmes plus graves. Evidemment il y a là plus qu'une simple coïncidence ; et des considérations nombreuses nous permettront, en effet, d'assigner à l'une et à l'autre une communauté d'origine : l'intoxication générale et primitive particulière aux femmes en couches. D'ailleurs ne sommes-nous pas déjà invité à considérer ainsi la gangrène, par ces paroles du professeur Depaul lors de la discussion mémorable qui eut lieu à l'Académie, en 1858, sur la fièvre puerpérale. « Cette variabilité et cette multiplicité des altérations ne sont-elles pas un témoignage nouveau de l'intoxication générale et primitive? Comment expliquer que, selon les épidémies, on voit prédominer tantôt la péritonite avec des épanchements séro-purulents souvent considérables?... tantôt la présence du pus dans les sinus utérins ou dans les vaisseaux lymphatiques? tantôt la pleurésie, la méningite, les arthrites avec les mêmes altérations? Tantôt du pus infiltré dans les muscles des membres ou dans le tissu cellulaire péritonéal? tantôt de vastes collections purulentes se formant dans l'œil, dans la mamelle? *Tantôt des gangrènes envahissant l'utérus*

et même les organes génitaux externes? tantôt certaines éruptions cutanées et généralisées, le plus souvent à forme scarlatineuse et qui apparaissent surtout dans les cas les plus graves de la maladie? »

La gangrène est donc un résultat possible de l'influence délétère exercée par le poison puerpéral, et comme telle, elle doit prendre une place importante dans l'histoire des maladies des femmes en couche. Ici elle se montrera par cas isolés; là, et le plus souvent, elle frappera un plus grand nombre à la fois. Tantôt elle portera sur les viscères abdominaux ou thoraciques manifestant alors un degré plus élevé dans la violence de l'intoxication; tantôt elle se bornera aux organes génitaux externes (vulve, vagin), bénigne alors comme affection locale, moins à craindre aussi au point de vue de son retentissement sur l'état général; tantôt enfin elle se montrera sur les deux à la fois. Parmi ces localisations diverses, la seconde est heureusement la plus fréquente; c'est aussi celle qui doit faire l'unique objet de notre travail.

II. — MARCHE GÉNÉRALE DE L'ÉPIDÉMIE.

Au mois de novembre 1872, au moment où M. Depaul prit le service d'accouchements à l'hôpital des Cliniques, l'état sanitaire qui depuis longtemps n'avait présenté rien de particulier, était déjà légèrement modifié et commençait à se compliquer d'affections plus ou moins graves: chez les femmes accouchées, la fièvre puerpérale, la métro-péritonite; chez les nouveau-nés l'ophthalmie purulente, le muguet faisaient simultanément leur apparition dans les salles, encore d'une manière discrète, il est vrai, mais suffisante cependant pour faire craindre l'existence d'une épidémie à son début. En même temps les parties génitales devenaient le siége de lésions fréquentes que l'on considérait, les premiers jours, comme ayant leur point de départ dans une déchirure produite pendant l'accouchement, quoiqu'elles parussent déjà singulières par leur aspect et leur situation

inaccoutumés. Elles se montraient, en effet, non-seulement aux points où l'on observe les déchirures du périnée, mais presque toujours sur les côtés de la commissure postérieure, sur la partie interne et moyenne des grandes lèvres, sur les petites lèvres, autour du méat, dans le vagin. Enfin leur surface dénotait évidemment une mauvaise nature dans le travail qui s'y était produit.

Malgré le soin que l'on mit à surveiller le périnée pendant le travail, ces lésions continuaient à se montrer avec une fréquence croissante : le nombre des femmes atteintes qui n'était que de 4 du 1er au 15 décembre, atteignit bientôt 15 à la fin du mois; en même temps quelques décès survenaient dus à la fièvre puerpérale. Alors une observation plus suivie fit découvrir la véritable nature du mal, et l'on reconnut dans ces altérations anatomiques à siéges si divers, à fond grisâtre, pulpeux, donnant une odeur fétide et un liquide ichoreux, laissant après elles une ulcération taillée à pic, on reconnut, dis-je une gangrène ordinairement limitée à la vulve, ayant parfois des tendances à l'envahissement. Dans ses leçons cliniques, M. Depaul insista à diverses reprises sur l'aspect, le siége et la nature de ces lésions singulières. « Les lésions puerpérales épidémiques, nous disait-il, ne comprennent pas seulement la péritonite, la métrite, la fièvre puerpérale etc.; il peut se produire encore, même chez les femmes dont l'accouchement n'a pas été pénible, et sans cause provocatrice, des gangrènes, des ulcérations gangréneuses sur les parties génitales externes. » — « Ces lésions sont rarement observées; et quel que soit leur siége, elles ne reconnaissent jamais pour cause première une déchirure provenant de l'accouchement, mais bien une influence spéciale analogue à celle qui produit les épidémies de fièvre puerpérale (leçon clinique du 21 décembre 1872).

Quelques jours plus tard, dans sa leçon du 28 décembre, le professeur Depaul, après avoir établi la rareté de ces épidémies, consacre encore quelques mots à bien indiquer le siége, l'aspect, la nature de ces eschares gangréneuses pour les différencier des déchi-

rures périnéales ; il signale l'augmentation du nombre des femmes atteintes par le mal, l'existense de l'ophthalmie purulente, du muguet chez les enfants, des péritonites chez les accouchées, et, s'appuyant sur ces coïncidences, conclut encore à la nature commune de ces diverses affections, à l'origine infectieuse de cette gangrène localisée.

Notre attention déjà éveillée s'attacha dès lors à étudier plus minutieusement encore la marche, les progrès et les symptômes de cette épidémie ; les circonstances s'y prêtaient d'autant plus que de jour en jour la gangrène atteignait un plus grand nombre de femmes. Au début elle frappait à petits coups, bientôt ils devinrent moins rares et déjà le 30 janvier 1873, on comptait 35 cas de gangrène sur 108 accouchements : une femme sur trois payait son tribut à l'influence mauvaise qui régnait alors sur la clinique ! A ce moment aussi la lésion locale prenait un certain degré de gravité : les eschares étaient larges, étendues, remontant jusqu'à l'utérus, dépassant même la région génitale pour se porter sur la peau environnante, le périnée, autour du sphincter anal ; les affections puerpérales plus graves sévissaient aussi, et chez l'une des femmes qu succombèrent alors, la mort put être réellement rapportée à la gangrène qui, après avoir perforé le vagin, avait atteint le tissu cellulaire du petit bassin, ouvert les vaisseaux sur son passage et produit une hémorrhagie abondante ; huit enfants avaient en outre de l'ophthalmie purulente ou du muguet.

Vers le mois de février l'épidémie parut perdre un peu de son intensité et de sa gravité. Sur 56 accouchées, 9 femmes seulement, pendant ce mois, eurent des eschares ; celles-ci d'ailleurs semblèrent moins sérieuses, moins portées à l'extension, et tandis que dans les commencements de l'épidémie nous avions pu noter un certain état général accompagnant l'évolution de la gangrène, il nous était alors très-difficile de le retrouver tant il était fugace. Evidemment le mal faiblissait dans ses attaques et la proportion de 1 accouchée

atteinte sur 6,2 comparée à celle de 1 sur 3 mentionnée précédemment, suffit à le prouver. Néanmoins les affections puerpérales plus graves faisaient toujours des victimes; six enfants eurent de l'ophthalmie purulente.

Au mois de mars, l'épidémie reste stationnaire dans les limites du mois précédent. Du 1er avril au 15 mai le mal continue à frapper toujours, mais avec la discrétion que nous avons consignée en février; si toutefois on peut dire qu'une maladie s'étend avec ménagement et discrétion quand elle atteint 1 femme sur 6 ! Sur 87 accouchées, 15 femmes furent en effet notées comme atteintes d'eschares gangréneuses, par mon collègue et ami le Dr Guiard qui avait bien voulu se charger de recueillir les observations en mon absence. Peu de femmes avaient succombé dans cet intervalle à la fièvre puerpérale; mais 6 enfants présentaient encore de l'ophthalmie des nouveau-nés.

Depuis le 15 mai il nous fut impossible de suivre exactement la marche de cette épidémie, et nous ne pouvons que transcrire les renseignements qui nous ont été fournis à ce sujet par le chef de clinique, M. le Dr de Soyre. L'influence sous laquelle se produisaient les eschares gangréneuses ne cessa pas un seul instant de se manifester dans les salles, et ses effets apparurent sans relâche pendant les derniers jours de mai et durant tout le mois de juin; mais toujours d'une manière relativement modérée et sans s'accompagner encore de symptômes graves. Le nombre des décès par affections puerpérales était presque nul, et c'est à peine si on trouvait quelques enfants atteints d'ophthalmie. Le mois de juillet appartient encore à cette période stationnaire et mitigée de l'épidémie; il ne donne à noter que 5 cas de gangrène sur 51 accouchées et 1 décès par fièvre puerpérale. On pouvait espérer en voyant cette diminution graduelle du mal (car le mois de juillet n'offre plus qu'une proportion de 1 femme atteinte sur 10), on pouvait espérer, dis-je, que l'épidémie tirait vers sa fin, et que cette faiblesse dans son action était le

prélude de sa disparition totale. Mais on aurait compté sans les habitudes capricieuses du génie épidémique.

Subitement, sans cause appréciable, sans que rien fût changé au régime intérieur de la maison, sans variation sensible dans le nombre des accouchements, les soins donnés restant les mêmes, une recrudescence rapide se fit dans la fréquence et la gravité des cas de gangrène; et le mois d'août marqua pour l'épidémie une violence inconnue depuis son début, son maximum d'intensité : 31 femmes sur 58 accouchées, c'est-à-dire 1 sur 1,8, portaient des eschares d'étendues diverses sur la vulve, le vagin, le périnée ; des symptômes graves apparaissaient en même temps produits, soit par l'intoxication générale qui donnait lieu à la gangrène, soit par la suppuration considérable après la chute de l'eschare, soit encore par la résorption des matières putrides existant à la surface de ces plaies infectes. La fièvre puerpérale, elle aussi, redoublait de violence et de gravité; sa fréquence avait augmenté, ses atteintes devenaient plus rapidement mortelles et on enregistrait un chiffre de décès plus élevé que jamais, 8 cas de mort. Parmi ces derniers, un certain nombre devait être évidemment rapporté à l'infection purulente au putride résultant de la gangrène.

Malgré tous les soins de propreté les plus minutieux, les précautions les mieux entendues et les plus rigoureuses, l'épidémie s'étendait encore avec une telle énergie qu'on désespéra de la voir céder aux mesures prises : il ne restait plus qu'une ressource, la seule véritablement efficace dont on dispose pour vaincre une épidémie, c'était d'évacuer les salles. On en fut donc réduit le 25 août à fermer progressivement le service des femmes en couche : les places vides ne furent plus occupées, les admissions restèrent suspendues, on n'acceptait plus que les cas urgents, et peu à peu on arriva ainsi à n'avoir plus le 20 octobre que 6 femmes dans le service. Et malgré tout l'épidémie exerçait encore ses ravages avec moins de fréquence, il est vrai, puisqu'elle avait moins de sujets à frapper, mais avec une

énergie qui témoignait toujours de sa puissance persistante : sur 38 femmes accouchées en septembre, 12 eurent de la gangrène des parties génitales, c'est-à-dire près de 1 sur 3. Comparée à celle du mois précédent (1 sur 1,8) la proportion n'avait guère diminué. Le chiffre des décès restait encore élevé, puisque on notait 4 cas de mort. Du 1er au 20 octobre la population des salles alla toujours en diminuant, et se réduisit enfin à 6 femmes ; cependant 4 fois la gangrène s'était montrée.

Depuis lors, le service de la Clinique a été de nouveau ouvert ; les accouchements ont repris leur fréquence habituelle et l'épidémie qui s'était montrée si sévère les mois antérieurs semble avoir maintenant beaucoup perdu de sa violence ; mais elle n'a pas disparu. Le 15 novembre il y avait encore 3 cas de gangrène dans les salles, et chez l'une des femmes atteintes, l'eschare en tombant avait produit une fistule recto-vaginale.

Telle est la marche générale de cette épidémie qui commencée en septembre 1872 a parcouru, sans disparaître un instant, la majeure partie de l'année 1873, et manifeste encore son action au moment où nous écrivons ces lignes. Faible au début, elle prend un certain degré de violence en janvier, puis décroît, reste stationnaire, décroît encore, pour manifester, en août et en septembre, sa plus grande énergie : cédant enfin devant l'évacuation des salles, elle semble entrer aujourd'hui en voie de décroissance.

Nous croyons utile de réunir en un tableau les chiffres cités dans le courant de cette exposition rapide.

Mois.	Nombre d'accouchements.	Nombre de femmes atteintes de gangrène.	Proportion.
Décembre 1872	55	16	1 femme sur 3,4
Janvier 1873	53	19	1 femme sur 2,7
Février	56	9	1 — 6,2
Avril	58	10	1 — 5,8
1er au 15 mai	29	5	1 — 6
Juillet	51	5	1 — 10
Août	58	31	1 — 1,8
Septembre	38	12	1 — 3,1
Octobre	»	4	» —

(Ce n'est pas seulement à la Clinique que les affections puerpérales sévissaient avec une énergie et sous des formes insolites. Ainsi, dans une relation de l'état sanitaire de divers services de femmes en couche (*Union médicale*, 25 avrit 1873. *Compte-rendu des séances de la Société des hôpitaux*), nous lisons les faits suivants : Le Dr Isambert, à Saint-Antoine, a été obligé de fermer plusieurs fois son service d'accouchements où l'année précédente il n'y avait eu aucun accident; le Dr Martineau signale pour l'Hôtel-Dieu des décès inaccoutumés; à Lourcine, le Dr Blachez accuse des faits analogues. Le professeur Chauffard déclare n'avoir jamais vu dans son service des accidents puerpéraux en plus grand nombre: outre les érysipèles, la fréquence des abcès du sein; chez les enfants, les ophthalmies purulentes, les abcès du cou, de l'aisselle succédant à la vaccination; la tendance à la suppuration sous toutes ses formes, il a observé en janvier, 10 ou 11 malades atteintes de gangrène de la vulve, enfin une fréquence plus grande dans les affections gangréneuses. Il cite même une femme accouchée en ville, par conséquent loin des influences maisaines des hôpitaux, qui eut une gangrène de la jambe.

III. — DESCRIPTION DE L'ÉPIDÉMIE.

L'évolution de la gangrène des parties génitales, considérée surtout au point de vue anatomo-pathologique, peut être divisée en trois périodes bien distinctes : 1° *période d'escharification*; 2° *période d'élimination*; 3° *période de réparation*.

1° *Période d'escharification.*

Symptômes locaux. — Le moment où apparaissaient les premiers symptômes locaux variait ordinairement entre le premier et le sixième jour après l'accouchement; sur 45 cas que nous avons pu suivre d'une manière exacte à ce sujet, le début a eu lieu ainsi qu'il suit:

Premier jour après l'accouchement.....	8 fois.
Deuxième jour.....	10
Troisième jour.....	14
Quatrième jour.....	6
Cinquième jour.....	3
Sixième jour.....	4

Il ne nous a pas paru qu'il y eût une relation invariable entre l'apparition plus ou moins prompte de la gangrène et le plus ou moins de difficulté du travail; parfois chez des multipares dont la parturition avait été très-rapide, on trouvait déjà la gangrène le lendemain de l'accouchement; chez certaines femmes au contraire, primipares ou autres, qui avaient subi des manœuvres de nature à contondre les voies génitales, les eschares n'arrivaient que le quatrième et même le cinquième jour. Il est vrai de dire cependant que ces cas n'étaient pas les plus habituels, et que, d'ordinaire, la rapidité de l'envahissement des parties était en rapport avec la longueur plus ou moins grande du travail et l'intervention des instruments.

Le siége de la lésion, quoique échappant à une règle constante, affectait cependant une certaine fixité dont il ne s'est presque jamais départi. Rarement l'utérus a été atteint, et la gangrène de cet organe, d'ailleurs difficile à reconnaître durant la vie quand les parties externes sont elles-mêmes gangrenées, ne nous a été révélée que deux fois par l'autopsie: dans un cas on a trouvé l'endométrite putrescente, dans l'autre le col déchiqueté, dilacéré présentait des eschares évidentes. Dans un seul cas le vagin a été frappé isolément; le plus souvent les eschares qui l'atteignaient n'étaient qu'une propagation de celles de la vulve (8 fois sur 45). Presque jamais une grande ou une petite lèvre n'a été prise exclusivement; ces nymphes, d'ordinaire, étaient gangrenées du même coup, soit d'un côté, soit des deux à la fois. Il s'en faut que la commissure postérieure de la

vulve ait été, dans tous les cas, le siége d'eschares ; 12 fois seulement nous les y avons rencontrées, et dans un cas, elle était l'unique partie atteinte. Chez trois femmes le mal a gagné le périnée et deux fois nous eûmes à constater de la gangrène dans la région clitoridienne, autour du méat. Les grandes lèvres ont été généralement plus éprouvées que les petites.

Le point de départ de la lésion variait suivant les conditions réalisées : quand le conduit vulvo-vaginal avait été fortement contus, le point meurtri était aussi celui où la gangrène venait s'installer ; des lacérations, des déchirures avaient elles été produites sur la muqueuse ? l'altération s'y portait de préférence, frappait là en premier lieu. Mais aussi, et le plus souvent même, les eschares apparaissaient sur des régions saines, indemnes de toute contusion, de toute plaie. On pouvait alors observer les faits suivants.

Au début (le Dr de Soyre l'a reconnu et nous l'a montré plusieurs fois), on remarquait, aux points où devait siéger l'eschare, une sorte d'ecchymose sous-muqueuse violacée ou d'un gris ardoisé, plus ou moins régulière, de forme variable et dont les limites étaient celles qu'occupait plus tard la gangrène. La couleur de cette tache n'était pas partout uniforme : généralement en un point que l'on pouvait regarder comme centre, elle présentait un petit espace jaunâtre, tranchant par sa coloration sur celle plus foncée de l'ecchymose. Cette dernière, d'ailleurs ne faisait aucune saillie appréciable au-dessus du reste de la muqueuse et ressemblait jusqu'à un certain point, à ces plaques de Payer injectées, n'ayant pas encore atteint la période d'ulcération, que l'on trouve dans la fièvre typhoïde. En même temps, autour de cette tache violacée, le reste de la muqueuse offrait une injection modérée ; et déjà on observait en ces points un endolorissement assez marqué.

Le lendemain, des douleurs vives, cuisantes ou lancinantes, se déclaraient dans les parties ; elles n'ont manqué presque jamais, et coïncidaient toujours alors avec un gonflement plutôt œdémateux

qu'inflammatoire des nymphes, excepté dans le cas où l'eschare a siégé uniquement dans les régions profondes du vagin. Les petites lèvres, surtout lorsqu'elles étaient affectées par la lésion, s'œdématiaient promptement, augmentaient de volume et venaient faire issue en dehors de l'orifice vulvaire; les grandes lèvres, pourvues d'un tissu moins lâche, se tuméfiaient aussi, mais dans des proportions moindres, et présentaient alors un gonflement assez notable pour rendre l'exploration de la vulve difficile et très-douloureuse. A ce moment, toutes ces parties étaient rouges, chaudes, tendues, sensibles au toucher, et si on arrivait à les écarter pour examiner leur face interne, on trouvait, au lieu de l'ecchymose de la veille, des plaques plus ou moins étendues, de couleur grisâtre, molles, humides, paraissant toujours comme gonflées ; c'étaient les eschares gangréneuses parvenues à leur période d'évolution complète. Autour d'elles, la muqueuse, rouge, un peu boursoufflée, parsemée de taches ecchymotiques, présentait parfois une coloration violacée, annonçant qu'elle ne tarderait pas à être envahie. Les eschares exhalent alors une odeur gangréneuse infecte, que l'on a comparée à celle du fromage aigri, du fromage gâté; et elle est tellement caractéristique dans sa fétidité, que, sans examiner les parties génitales, nous avons pu plusieurs fois, par l'odorat seul, reconnaître les femmes atteintes.

Tel est le début de la lésion. Jacquemier déjà avait reconnu cette marche de la gangrène et l'avait décrite ainsi dans son *Manuel d'accouchement :* « A la vulve et sur le périnée, on voit apparaître une tache d'un rouge obscur, douloureuse, qui s'agrandit, suinte, s'excorie, et bientôt sa partie centrale présente une eschare qui s'étend plus ou moins loin et plus ou moins profondément. » Chavanne, à Lyon, a rencontré des eschares bien différentes de celles que nous venons de décrire; elles étaient noirâtres, sèches, quelquefois comme ridées, chagrinées, et lui paraissaient toujours dues à une forte contusion.

Symptômes généraux.—Dans presque tous les cas que nous avons pu étudier, cette première période de l'affection gangréneuse était précédée ou accompagnée de symptômes généraux évidents ; quelquefois, cependant, ils étaient tellement fugitifs ou peu manifestes, qu'ils ont pu, dans les cas où leur absence a été notée, éluder nos investigations. Chavanne, dans une épidémie du même genre, a toujours signalé un état général ; il était même si caractéristique et si constant, qu'il lui était possible, dès son apparition, « de reconnaître ou de prévoir sûrement l'invasion de la gangrène épidémique chez une nouvelle accouchée. » C'était un accablement général, une lassitude insolite, un facies qui, sans aller à l'hébétude typhoïde, était cependant triste, indifférent, inquiet ; de la constipation opiniâtre, de la sécheresse de la peau sans élévation appréciable de la température. Le plus important et le plus fidèle de tous les signes lui était fourni par la fluxion mammaire, qui, sans exception, était retardée, plus ou moins incomplète et irrégulière.

Nous avons pu trouver aussi, dans la manière d'être d'une nouvelle accouchée, quelques signes nous permettant de soupçonner l'invasion de la maladie ; mais surtout lorsque la gangrène avait déjà pris place sur les parties génitales, nous observions, dès les premiers instants, certains symptômes à peu près constants et qui n'étaient qu'une exagération des prodromes : un malaise général, de l'abattement, une figure indifférente, taciturne, principalement une insomnie tenace qui n'a jamais fait défaut ; la langue, parfois humide et blanche, était parfois aussi un peu sèche et jaunâtre. Il y avait de l'inappétence et quelquefois des envies de vomir ; la constipation était ordinaire. L'utérus, souvent, ne revenait pas sur lui-même, comme il le fait dans les conditions normales des suites de couches : il restait encore élevé. Mais la montée de lait se faisait à peu près régulièrement, et nous n'avons eu rien de particulier à noter à cet endroit. Presque constamment, nous avons trouvé un petit mouvement fébrile.

Cet appareil de symptômes, bien minime peut-être, mais se montrant toujours, aussi bien chez les femmes gravement atteintes que chez celles où la gangrène effleurait simplement la muqueuse vulvaire, cet ensemble, dis-je, démontrait déjà que la lésion locale avait été précédée par une action générale et primitive du poison producteur de l'épidémie.

Une fois l'eschare produite, tantôt la gangrène restait dans ses limites premières, et alors elle subissait là les modifications que nous aurons à décrire dans la seconde période, tantôt elle outrepassait l'étendue de l'ecchymose du début et s'étendait aux parties voisines. Dans ce cas, la gangrène se dirigeait le plus souvent vers les parties profondes ; vers le vagin, si les grandes lèvres ou les petites lèvres avaient été d'abord atteintes, rarement vers le périnée, après avoir entamé la commissure postérieure de la vulve. Cet envahissement secondaire n'a jamais été très-considérable dans l'épidémie que nous décrivons, car, malgré l'absence d'un traitement énergique destiné à prévenir l'extension, les eschares se limitaient promptement d'elles-mêmes, après avoir frappé une partie restreinte de la muqueuse ; mais, chez deux femmes, la gangrène, affectant une gravité inaccoutumée, poussa rapidement ses désordres jusque dans le tissu cellulaire du petit bassin, et, à travers le périnée, jusqu'au sacrum (observations 1 et 4).

Quoi qu'il en soit, au bout de deux ou trois jours, les eschares ordinairement avaient cessé de s'agrandir, et on arrivait alors à la deuxième période.

2° *Période d'élimination.*

A la périphérie de la partie sphacélée, un mouvement fluxionnaire s'établit visiblement dans la membrane muqueuse; les tissus deviennent turgescents et s'échauffent, l'eschare reste déprimée, et une zone d'un rouge plus ou moins éclatant indique la limite précise entre le tissu mort et le tissu vivant. Ce cercle rouge inflammatoire s'arrête

brusquement au niveau de l'eschare, mais du côté des parties encore saines, il s'éteint peu à peu. Bientôt, entre l'eschare et la zone rouge, un sillon s'établit, qui se creuse aussi au-dessous de la partie mortifiée. L'eschare qui, jusqu'alors, adhérait aux parties sous-jacentes, se détache de plus en plus, se ramollit davantage, se désagrège, et forme bientôt un putrilage grisâtre, un détritus épais, répandant une odeur des plus fétides. La muqueuse, chaude, gonflée, réagit vivement contre la partie morte pour l'expulser, et cette inflammation donne lieu à des douleurs peut-être plus vives que dans la période précédente. Enfin, l'eschare s'élimine, soit par parcelles, soit d'une seule pièce, et il sort alors de la vulve une suppuration sanieuse, infecte, mélangée de détritus grisâtres, parfois même de véritables lambeaux de tissu mortifié. M. Depaul a vu un cas où la femme rendit un long tube constitué par la muqueuse vaginale détachée en bloc, et à laquelle adhérait le col de l'utérus lui-même, sectionné en quelque sorte par la gangrène.

Après la chute de l'eschare, la surface mise à nu apparaît rouge, rosée, de bon aspect, quelquefois terne et grisâtre, quand il reste de la tendance à l'ulcération. En général, les phénomènes inflammatoires ne tardent pas à s'apaiser; l'œdème diminue, la tuméfaction et la rougeur de la muqueuse disparaissent, et, si la maladie marche bien, une suppuration louable s'établit. Mais si l'état général laisse à désirer, la plaie, au lieu de se déterger, garde son mauvais aspect; sa teinte grisâtre et terne augmente, l'ulcère se prononce au lieu de marcher à la cicatrisation et donne une suppuration sanieuse, mal liée, fétide. Souvent même de nouvelles eschares se produisent, répondant à un effort nouveau de l'intoxication primitive, qui n'a pas encore épuisé son action; elles envahissent plus profondément les voies génitales, creusent sur leur trajet et commettent des désordres considérables. Rarement, il faut en convenir, nous avons eu à constater cette évolution fâcheuse de la maladie; presque toujours la marche en était simple, rapide, et de la période d'élimination elle entrait immédiatement dans celle de réparation.

Cette détersion des parties permettait enfin d'apprécier l'étendue et la gravité de la lésion. Parfois, plus étendue en superficie qu'en profondeur, elle ne donnait lieu qu'à une perte de substance minime, d'une restauration facile et sans difformité bien apparente, elle léchait en quelque sorte les régions atteintes, sans trop retrancher de leurs formes ; d'autres fois elle avait entamé la commissure postérieure, augmentant cet agrandissement de l'entrée des voies génitales que l'accouchement a déjà commencé ; dans quelques cas, la gangrène avait envahi les grandes et les petites lèvres, sur une profondeur si considérable, que l'élimination de l'eschare amenait par le fait même l'abrasion complète de la nymphe ; nous avons vu le périnée, de sa commissure antérieure à l'anus, et même autour de ce dernier jusqu'au sacrum, ne former qu'une vaste plaie ; enfin, chez une femme actuellement dans les salles de la Clinique, la chute de l'eschare a permis de reconnaître une perte de substance notable, établissant une communication entre le vagin et le rectum ; la gangrène, en effet, avait pris place sur la cloison recto-vaginale.

Symptômes généraux. — Les symptômes généraux décrits dans la première période continuaient à se manifester tant que la tendance à la production de nouvelles eschares n'avait pas elle-même disparu ; mais, aussitôt la période d'élimination franchement établie, on notait un changement rapide : les symptômes perdaient peu à peu ce cachet particulier qui les faisait rattacher à une infection de l'économie, la figure devenait plus éveillée, les malades s'inquiétaient de leur état, en même temps que l'inflammation éliminatrice dont la muqueuse était le siége donnait lieu, si l'eschare était étendue, à un mouvement fébrile léger, marqué le soir, avec tendance à la sueur et agitation nocturne. Très-souvent l'insomnie persistait encore, à des degrés divers ; mais ici elle relevait d'une toute autre cause que dans la période précédente, et pouvait être attribuée à la douleur. Celle-ci, en effet, atteignait alors son maximum d'intensité ; elle res-

tait plus vive, plus exquise, tant que durait l'inflammation autour de la partie morte, pour diminuer et disparaître avec elle. Enfin, phlogose et douleurs vives, tout avait généralement disparu au bout de trois à quatre jours, qui représentaient la durée ordinaire de la période d'élimination.

Lorsque la lésion, dont nous venons de décrire les deux premières phases, siégeait à la vulve, il était toujours très-aisé de la reconnaître à son début : le gonflement souvent énorme, la douleur de ces parties attiraient bientôt l'attention des femmes, si l'odeur gangréneuse et les symptômes généraux n'avaient déjà décelé l'existence de l'eschare. Mais si le vagin était seul atteint dans ses parties profondes, le fait pouvait passer complètement inaperçu. Ainsi placée, la mortification est, en effet, presque toujours indolente, comme nous avons pu le constater sur une femme de la clinique (observ. 5); et s'il existe des phénomènes douloureux, ils sont souvent confondus par les malades avec ceux dont la matrice et le bas-ventre sont le siége. L'odeur infecte qui s'exhale des parties génitales est, il est vrai, d'un utile secours pour le diagnostic, « mais elle est facilement attribuée aux lochies dans lesquelles on est habitué à rencontrer tous les genres de fétidité. L'endométrite putrescente peut donner lieu à des exhalaisons repoussantes très-analogues et hormis l'exploration par le toucher et par le spéculum qui offre des inconvénients, je dirai même, des dangers réels, je ne connais aucun moyen de distinguer ces affections locales. (*Hervieux. — Traité des maladies puerpérales*). — Jacquemier explorait avec le doigt; mais sa pratique ne mérite pas d'être suivie, car elle pourrait avoir pour résultat la perforation des parois du vagin sur les points ramollis par la gangrène.

3° *Période de réparation.*

Une fois l'eschare tombée, la période de réparation ou de cicatri-

sation commence, et avec elle le retour complet vers la santé. La fièvre, si elle existait, disparaît ; la douleur, bien amoindrie, devient tolérable et compatible avec le sommeil ; l'appétit revient, le mieux est général. L'inflammation de la muqueuse autour de la partie morte, n'existe plus, les bords de l'ulcération cessant d'être rouges et chauds, s'affaissent peu à peu, et se mettent enfin au même niveau que le reste de la muqueuse. La plaie se déterge, sa couleur devient rosée, des bourgeons charnus se montrent partout, la suppuration est de bonne nature, moins abondante, et surtout moins odorante; peu à peu l'étendue de la surface mise à nu se resserre, son niveau se relève de plus en plus et se continue avec celui des parties avoisinantes. Enfin, la cicatrisation est complète après un laps de temps qui est proportionné d'ailleurs à la profondeur et à superficie des eschares. Il ne nous a point été loisible de poursuivre la lésion jusqu'à son entière restauration, les malades quittant ordinairement l'hôpital bien avant leur guérison définitive ; toutefois, la plaie était en trop bonne voie pour qu'elle ne fût pas considérée comme assurée, et nous pouvons presque dire que la gangrène accomplissait son évolution totale dans l'espace de 15 ou 20 jours. Une réserve doit être faite pour certains cas graves, où le périnée avait été trop labouré par la gangrène pour que la guérison pût s'effectuer dans un délai si court. Ces femmes sortirent de la Clinique portant une large plaie dont la cicatrisation, si jamais elle a eu lieu, a dû réclamer de longs jours encore. Chez quelques malades, bien rares il est vrai, les plaies n'ont pas toujours suivi une marche aussi régulière : elles prirent un mauvais aspect, les bourgeons charnus devinrent mollasses, saignants, se couvrirent d'une couche grisâtre, mais pour reprendre bientôt une évolution normale et aboutir finalement à la guérison. Enfin, quelquefois la terminaison eut lieu par la mort ; et, d'après le Dr de Soyre, la résorption des matières pudrides de la plaie entra pour une large part dans la fatale issue. Ce fut là l'exception ; la guérison était la règle.

Voilà d'une manière générale, et telle que nous l'avons observée, la marche des lésions produites par cette épidémie,

Complications. — Si la lésion locale a rarement outrepassé les limites accordées à une lésion bénigne; si, envisagée comme maladie infectieuse, l'affection épidémique a plus rarement encore engendré des symptômes graves; quelquefois pourtant, oubliant sa simplicité ordinaire, elle a produit des accidents divers que nous décrirons ici à titre de complications. Chacune des trois périodes de la lésion peut avoir les siennes et nous prendrons cette division comme base de la description :

1° *Complication de la première période.* — La seule que nous ayons observée, résultait de l'extension de la gangrène vers un tissu d'une susceptibilité extrême, le péritoine.

Chez la femme qui fait le sujet de l'observation, nous voyons en effet le sphacèle arriver enfin jusqu'au petit bassin et déterminer bien évidemment une péritonite.

2° *Complications de la deuxième période.* — Elles ont été plus nombreuses que dans la précédente, et d'ordres assez divers. D'abord, la chute de l'eschare a amené une fois une fistule recto-vaginale; on comprend que, suivant son siége, elle puisse encore réaliser des fistules vésico et uréthro-vaginales, mais nous n'en avons pas observé. Une fois, une hémorrhagie abondante s'est produite, et sa pathogénie nous est ainsi expliquée par Follin. « La sécrétion de lymphe plastique qui préside à l'organisation de la membrane granuleuse au-dessous des eschares, joue dans les gangrènes un rôle fort important. C'est cette sécrétion qui obture les conduits vasculaires détruits par le sphacèle et empêche, dans certains cas, l'ouverture des cavités séreuses quand la gangrène se développe dans leur voisinage. Il ne faut pas toutefois compter d'une façon absolue sur cette sécrétion plastique; elle peut, dans les gangrènes d'origine septique,

manquer complètement : de là, des hémorrhagies ou d'autres accidents graves dus à l'ouverture et à l'inflammation consécutive des membranes séreuses. (Follin. Path. ext. tome I, p. 86.)

L'étendue des surfaces suppurantes, et la présence sur ces plaies irrégulières, anfractueuses de matériaux putrides, ont pu donner lieu à des accidents de résorption purulente ou putride. Ces cas, que nous n'avons pu observer nous-même, nous ont été signalés par le Dr de Soyre, qui a eu occasion de les constater pendant cette phase de l'épidémie où les atteintes du mal étaient si répétées et si graves. (Août 1873).

3° *Complication de la troisième période.* — Elles sont à plus longue échéance que les précédentes ; et si elles ne sont pas de nature à mettre directement la vie de la femme en danger ou à produire des infirmités dégoûtantes, elles méritent cependant, par les difformités qu'elles entraînent, d'être signalées ici. Ces complications ne se sont pas offertes à notre observation, mais nous avons pu les craindre, et à ce titre, nous croyons devoir les énumérer : ce sont surtout des cicatrices vicieuses, des coutures, des brides. Sans parler de l'abrasion des grandes ou des petites lèvres que nous avons notées plusieurs fois (difformité plutôt appréciable au point de vue de l'esthétique qu'au point de vue réellement médical), nous citerons pour les nymphes, les adhérences qu'elles peuvent contracter entre elles durant la cicatrisation : de là, rétrécissement de l'orifice vulvaire et obstacle possible à l'acte du coït ou à un accouchement ultérieur. Pareille adhérence, partielle ou totale, pourrait se produire entre les parois du vagin, dans les cas où la muqueuse a été expulsée en entier : de là, simple atrésie ou oblitération complète, dont les conséquences sont bien évidentes.

Le plus ordinairement, de simples brides cicatricielles se forment qui peuvent devenir un empêchement plus ou moins sérieux à un accouchement consécutif.

Il y a peu de temps, dit le professeur Béhier, j'étais en présence d'un fait de ce genre, et comme l'enfant était retenu par le menton à une bride transversale située à la partie postérieure du vagin, j'aurais été bien étonné du retard apporté à son expulsion, si, présent aux accidents de gangrène éprouvés trois ans auparavant, je n'avais su l'existence de cette bride, de laquelle l'enfant fut dégagé. » (Clinique de la Pitié, p. 520.)

Chez une femme actuellement dans les salles de la clinique, la cicatrisation de la plaie provenant de la chute de l'eschare, a laissé une perforation de la petite lèvre droite, une sorte de fenêtre percée dans cet organe.

IV. — NATURE DE LA MALADIE.

On a pu voir, d'après les courts détails anatomo-pathologiques, dans lesquels nous sommes entré, et par les expressions dont nous nous sommes servi pour désigner les faits, que nous regardions la maladie dont il s'agit, comme une affection de nature gangréneuse. Telle a été l'opinion émise par le professeur Depaul, dans les différentes leçons cliniques où il signalait cette épidémie, et celle qu'il nous exprimait encore récemment, lorsqu'il a bien voulu, avec une bonté dont nous ne pouvons trop le remercier, répondre aux questions que nous lui soumettions sur ce sujet. Le professeur Chauffard, relatant à la Société des hôpitaux, les affections puerpérales qui s'étaient montrées dans son service, signale également celle que nous traitons, sous le titre de gangrène de la vulve; enfin, le professeur agrégé Bailly, observant à la Clinique ces lésions des parties génitales, les rapportait aussi à la gangrène. Notre opinion ne peut différer de celle de nos maîtres, et nous nous bornerons simplement à la développer.

Ces lésions n'ont pas été toujours envisagées de la sorte, et c'est de l'école de Lyon que nous viennent les opinions contradictoires. Chavanne (thèse de Paris 1851), en fait une affection diphtéritique;

pour Boussuge (thèse de Paris 1860), elle rentre dans une entité morbide pseudo-diphtérique qu'il propose d'admettre, *la diphtéroïde*. Tous deux ont conclu après une observation insuffisante, selon nous, et basé leurs appréciations sur des erreurs que nous allons essayer de faire ressortir.

Chavanne a vu les mêmes faits que nous, si nous en jugeons par la description anatomique qu'il donne, de tous points semblable à la nôtre ; et cependant, il se refuse à admettre la nature gangréneuse du mal :

« Présence de la couche pulpeuse, grisâtre, comme veloutée ou feuilletée, adhérente à *la muqueuse enflammée au-dessous ;* chute de cette plaque sous forme d'eschare gangrèneuse, avec odeur propre à la mortification des tissus ; aspect particulier *de cette eschare qui n'avait point comme les autres cette apparence ordinaire de dureté, de sécheresse, mais qui n'était qu'une espèce de détritus, de deliquium putride ;* c'en était assez pour caractériser l'affection et la distinguer des autres gangrènes puerpérales. » Chavanne. Thèse citée. — Y a-t-il là des raisons tant soit peu valables pour écarter la gangrène, attribuer à ces lésions une origine diphtéritique et les décrire sous le chef de *diphtérite gangréneuse ?*

Et d'abord avant de démontrer l'erreur cachée sous cette dénomination, établissons que rien n'est plausible dans cette exclusion de la gangrène, exclusion qui se fonde sur l'absence d'eschares noires, dures et sèches et la présence au contraire d'un détritus grisâtre, d'un deliquium putride. « Lorsque la gangrène est très-superficielle, qu'elle atteint des parties très-vasculaires, situées au contact de l'atmosphère, elle se présente sous un aspect particulier que l'on désigne sous le nom de putrescence ; la coloration est d'un gris terne, à peu près uniforme ; la fétidité est quelquefois repoussante ; la surface malade subit une dissociation moléculaire et revêt l'aspect d'un véritable magma dans lequel à l'œil nu et au microscope on ne découvre que des détritus informes, finement granuleux et foisonnant d'infusoires.

Cet état est très-remarquable dans certaines gangrènes de la bouche et *de la vulve*: on le retrouve assez généralement dans la gangrène des muqueuses. Il me paraît se rapprocher singulièrement de l'état pathologique que l'on désigne sous le nom de diphtérie des plaies, et qui n'est en réalité ni une véritable diphtérie des plaies, puisqu'il n'a rien de commun avec les affections couenneuses, ni une forme de la pourriture d'hôpital dont il est loin d'avoir la marche rapidement extensive, mais bien une véritable gangrène des plaies. Raynaud, *Dict. de Méd. et de chirur. pratiques.*

Cette description se rapproche trop de celle qu'à tracée Chavanne lui-même pour qu'il ne nous soit pas permis de conclure à l'identité de nature des lésions décrites, et d'en tirer un argument considérable contre l'opinion de ce dernier. La présence d'eschares noires et dures n'est donc pas obligatoire pour constituer la gangrène ; et l'interdiction prononcée contre elle par l'interne de Lyon nous semble désormais levée sur ce point.

La lésion observée par Chavanne pouvait donc être de la gangrène ; j'affirme maintenant qu'elle n'avait rien de diphtéritique et c'est aux mémorables travaux d'un illustre professeur que nous demanderons nos arguments. Trousseau décrivant les altérations anatomiques de la diphtérie dans ses cliniques de l'Hôtel-Dieu, insiste sur ce fait que, la muqueuse au-dessous des fausses membranes est parfaitement saine, à cela près de la destruction de l'épithélium ; si elle paraît parfois creusée, c'est qu'autour de l'exsudation elle est tuméfiée et forme une sorte de bourrelet. L'ulcération est un fait exceptionnel. Il y a loin de cela aux faits de la thèse citée. « Autour de ces plaques, y est-il dit, s'établissait dans la membrane muqueuse un travail inflammatoire éliminateur ; » et plus loin. « A la place des eschares on voyait une petite plaie suppurante », car dans tous les cas une ulcération succédait à la plaque pulpeuse. Les divergences sont trop grandes, et l'opinion de Trousseau a trop de poids pour que nous puissions hésiter un seul instant ; aussi nous croyons-nous fondé à récuser la diphtérite admise par Chavanne et à voir dans ses observtions des lésions produites par

une gangrène véritable. D'ailleurs Trousseau n'a-t-il pas encore montré la rareté de la diphtérite gangreneuse? « Cependant, dit-il après avoir expliqué le mode de formation de cette matière grisâtre, fétide qui recouvrait l'arrière-gorge d'une malade et en imposait complètement pour des détritus gangréneux — « Cependant c'étaient si peu des détritus gangréneux, que, lorsque plus tard les surfaces malades se furent nettoyées, la membrane muqueuse que les fausses membranes recouvraient peu de temps auparavant, apparaissait rouge, à peine excoriée, mais ne présentait aucune trace de gangrène. » — il n'y a jamais eu de véritable gangrène, ajoute-t-il, si ce n'est dans quelques cas excessivement rares, assez rares pour que dans le cours de ma carrière médicale, je n'en aie encore rencontré que trois exemples. » Enfin, et pour en finir avec cette opinion n'y a-t-il pas un fait qui frappe en lisant les observations, citées par Chavanne? C'est l'extrême benignité du mal qui semble déroger aux habitudes si cruelles de la diphtérie. Certes nous sommes loin de nier l'existence de productions diphtéritiques sur la muqueuse vulvaire, mais dans le cas présent elle ne nous semble rien moins que démontrée.

Passons maintenent à la seconde opinion. Boussuge, dans sa thèse inaugurale (1860) après avoir enlevé à la diphtérite les lésions que Chavanne lui attribuait, s'en empare pour édifier une entité morbide nouvelle, la diphtéroïde, ressemblant à la diphtérie par l'existence d'un produit couenneux, mais en différant absolument par sa nature, et dans laquelle il comprend la stomatite ulcéro-membraneuse, la gangrène des parties génitales des femmes en couche, la gangrène phagédénique asthénique observée sur les enfants par Bouley et Caillault, et même la pourriture d'hôpital. Dans le cas qui nous occupe il fait donc de l'eschare une exsudation diphtéroïdienne, et de la surface vive située sous l'eschare une ulcération qui supporte cette concrétion et la secrète. Il répugne au premier abord, de placer l'affection en litige dans un groupe aussi hétérogène, à côté de la stomatite ul-

céro-membraneuse, de la pourriture d'hôpital. Puis, et surtout, l'étude des signes différentiels qu'il établit entre la diphtéroïde et la gangrène ne nous conduit véritablement pas à accepter cette conclusion. « Une eschare, dit-il, est toujours plus épaisse qu'une fausse membrane diphtéroïdienne; le première est généralement noire, la seconde grise ou jaune; *la première est limitée par une zone inflammatoire où s'opère un travail d'élimination définitif*, tandis que la seconde, bien qu'environnée d'un liseré rouge, repose sur une surface ulcérée où s'opère un travail de sécrétion continuel; la première, une fois détachée, ne se reproduit plus, à moins d'une aggravation du mal, tandis que la seconde s'élimine et se reproduit sans cesse; *une eschare enfin entraîne toujours une perte de substance et une cicatrice apparente, tandis qu'après la chute de plusieurs fausses membranes diphtéroïdiennes, la cicatrisation s'opère sans laisser de marque.* » Il n'est guère possible de mieux séparer les gangrènes vulvaires chez les femmes en couche de cette entité factice, la diphtéroïde. Pourrait-on, en effet, y ranger tous ces cas observés par nous, où la muqueuse, à la périphérie de l'eschare, était notoirement le siége d'un travail éléminateur considérable, où les pertes de substance ont été parfois énormes (abrasion des grandes ou des petites lèvres, sillon profond dans le périnée)? A plus forte raison récuse-t-elle ces cas, où des cicatrisations vicieuses, des communications anormales entre des organes voisins, se sont établies, où la muqueuse vaginale a totalement disparu, et le col de l'utérus s'est détaché comme par le fait de l'amputation.

Nous ne parlerons de la pourriture d'hôpital que pour mémoire, car l'aspect des lésions n'avait rien de la fausse membrane de la pourriture, et leur marche ne rappelait en rien l'extension rapide qui la caractérise; puis, la pourriture se manifeste presque toujours sur une solution de continuité, c'est là son point de départ; tandis que nos eschares se localisaient souvent, bien souvent même sur des régions où il n'existait ni lacérations, ni déchirures. Dans l'hypothèse

que nous combattons, la fourchette, toujours lésée à des degrés divers par l'accouchement, aurait dû être prise dans tous les cas ; et cependant, elle ne figure dans nos observations que 12 fois sur 45.

En résumé, nous rejetons comme mal fondées, les opinions qui font intervenir la diphtérite gangréneuse ou la diphthéroïde ; la pourriture d'hôpital nous semble étrangère aux débats et nous n'admettons, comme cause des lésions, que la gangrène. Par elle seule, en effet, on peut expliquer ces atteintes profondes, ces pertes de substance qui retranchaient les nymphes ou entamaient le périnée ; ce travail éliminateur autour des parties frappées de mort et faisant office de corps étranger ; cette limitation ordinairement nette de la lésion ; l'absence de productions nouvelles sur la plaie, une fois l'eschare tombée ; l'apparition de cicatrices plus ou moins difformes succédant à l'ulcération, toutes choses étrangères aux affections précitées, mais caractéristiques de la gangrène. La couleur grisâtre des eschares ne peut en aucune façon infirmer notre manière de voir, puisque telle est habituellement la coloration que présentent les muqueuses sphacélées. D'ailleurs, ne trouvons-nous pas un argument en notre faveur dans la fréquence relative de la gangrène parmi les affections puerpérales, et la rareté de la diphtérie ; dans la coïncidence signalée par le professeur Chauffard, entre les faits de la gangrène de la vulve et le sphacèle de la jambe chez une nouvelle accouchée ?

Pathogénie de la gangrène.

La gangrène étant admise, il reste à en déterminer la cause prochaine, car les eschares qui surviennent aux parties génitales des femmes nouvellement accouchées, peuvent se développer sous des influences variables et se diviser par cela même en trois espèces principales : gangrènes par contusion, par inflammation, par infection.

1° *Gangrène par contusion.* — Elle peut résulter soit de l'action lente et continue de la tête ou d'une autre partie fœtale sur un point limité

du canal vaginal dans les accouchements laborieux, soit de la pression trop forte exercée par les instruments dans les cas de dystocie. Telle est pour le professeur Béhier la cause la plus ordinaire de la mortification des parties sexuelles.

« C'est, le plus souvent, dit-il, en parlant des eschares du vagin, une gangrène traumatique, une gangrène de cause mécanique ; elle est due à une compression, que cette compression ait été faite par le fœtus pendant un travail prolongé, ou qu'elle ait été produite par des manœuvres chirurgicales, version, application de forceps, etc. Cette gangrène peut exister seule indépendamment de toute autre altération ; alors les malades rendent dans les lochies des lambeaux détachés des parties génitales du vagin, des grandes ou des petites lèvres. Dans ce cas, comme la gangrène est seule (et elle existe seule surtout quand elle tient à une compression), les phénomènes adynamiques se montrent bien, mais ils existent à un moindre degré ; *il n'y a pas dans ces cas d'infection générale*, il n'y a qu'une maladie toute locale. »

Pour Jacquemier également la cause mécanique jouerait un rôle très-important dans la production de ces eschares vaginales. Mais un fait nous a frappé : dans les cas cités par les divers auteurs qui se sont occupés de la matière, dans ceux que nous avons observés nous-même, nous avons vu un grand nombre d'accouchements très-simples, très-faciles, très-rapides, être suivis du développement des eschares, comme ceux où le travail avait été laborieux, prolongé ou terminé avec les instruments. En compulsant nos observations prises à la clinique, nous trouvons même que la plus grande partie des femmes malades avait présenté un accouchement normal dans sa durée et son évolution. Presque toutes étaient primipares, il est vrai (28 sur 45 cas notés), et cette circonstance, on le sait, favorise le traumatisme de la parturition ; mais à côté de ce fait nous en avons d'autres où l'intervention à l'aide de la main armée n'avait produit

aucune trace de gangrène. Que penser dès lors d'nn traumatisme qui agit d'une façon si inégale, si peu constante, qui, sans raison, va produire de la gangrène chez des femmes réalisant des conditions opposées, alors que cette gangrène devrait surtout et seulement se montrer sur des parties violemment contuses. D'autre part, dans les localités à l'abri de toute influence épidémique, les parturitions les plus difficiles, les plus longues ne donnent lieu que très-rarement à cette complication : et cependant le traumatisme est le même, il est tout aussi violent. Si donc il était l'unique cause de ces gangrènes, on les trouverait évidemment aussi nombreuses à la campagne qu'à la ville, dans la pratique civile que dans les services hospitaliers ; et cela n'existe pas. Il y a donc au-dessus de la contusion une cause plus réelle, plus efficace qui sème ces accidents par sa seule puissance et réalise ainsi des épidémies de gangrène. Certes, notre intention n'est pas de blanchir complètement le traumatisme des méfaits dont on l'accuse, et nous admettrons avec le professeur Béhier qu'il puisse devenir, dans certains cas, un motif suffisant de gangrène ; mais nous pensons aussi qu'il ne saurait à lui seul tout expliquer ; il n'est qu'une partie de la vérité, une simple cause prédisposante qui ne devient pathogénique que par l'accession d'un élément particulier : l'influence épidémique.

2° *Gangrène par inflammation.* — La termiuaison de l'inflammation par gangrène est plutôt la conséquence d'une altération préalable des liquides et des solides de l'économie que de la phlogose elle-même ; elle se produit aussi bien chez les individus profondément débilités que chez les nouvelles accouchées, et n'emprunte donc rien de spécial à l'état puerpéral. Rien ne nous porte d'ailleurs à appliquer ce mode pathogénique au cas actuel. Jamais, en effet, la production de l'eschare n'a été précédée d'une inflammation violente siégeant dans les parties ultérieurement atteintes par le sphacèle, et jamais aussi nous n'avons eu à noter avant l'accouchement un état

de débilitation ou de cachexie assez grave pour qu'il vînt à notre pensée de le faire intervenir.

3° *Gangrène par infection.* — Puisque la gangrène ne peut être rapportée ni à la contusion, ni à l'inflammation seules, puisqu'elle apparaît sans être précédée de circonstances notoirement capables de produire cette mortification limitée des tissus, force est bien d'invoquer une autre cause inconnue dans son essence, mais manifeste dans ses résultats, je veux dire une infection, une influence délétère spéciale, susceptible de réaliser des épidémies de gangrènes, comme elle réalise des affections puerpérales plus graves, sévissant aussi épidémiquement. L'affection puerpérale, en effet, a le pouvoir de créer, pour me servir de l'expression du professeur Lorain, toute une série morbide; elle n'a donc pas qu'une ou deux manières de se manifester et peut s'étaler à nos yeux avec des modalités pathologiques diverses.

Parmi ces modalités, la gangrène s'est souvent présentée, soit uniquement dans les viscères (épiploon, intestins, estomac, foie, rate, poumons), soit dans les téguments (face, membres) ou dans les organes génitaux; et toujours cette expression morbide a été rattachée à la fièvre puerpérale parce qu'elle se rencontrait seulement dans les localités hantées alors par cet hôte désastreux, concurremment avec lui. Ne pouvons-nous, à notre tour, jouir du bénéfice d'une pareille considération, et réclamer, pour la gangrène que nous avons observée, une origine infectieuse. Pourquoi ne pas invoqner l'action occulte et persistante d'une influence épidémique, afin d'expliquer cette succession presque continue de cas semblables, se produisant à une époque déterminée et dans une localité déterminée. Et nous apportons, pour justifier cette manière de voir, des arguments plus solides qu'une simple vue de l'esprit, qu'une pure hypothèse. D'abord l'apparition simultanée de la gangrène et des affections puerpérales habituelles, en plus grand nombre qu'aux époques

précédentes, ne peut-elle permettre un rapprochement au point de vue de l'origine? Nous voyons le sphacèle et la fièvre puerpérale se développer côte à côte, marcher d'un pas égal, s'aggraver et décroître ensemble; quand le chiffre des décès par fièvre puerpérale augmente, alors aussi la gangrène frappe un plus grand nombre de femmes. Serait-ce abuser de l'analogie que d'établir une parenté entre deux manifestations morbides si identiques dans leurs allures, agissant sur un même théâtre et avec une entente si soutenue; que d'expliquer cette unité dans leur marche par une unité dans la cause qui les produit? Le traumatisme, nous le savons, est impuissant à rendre compte des faits. Il s'exerçait à la clinique les années précédentes absolument comme dans le cas actuel, et cependant autrefois on n'observait pas d'eschares; c'est qu'alors le traumatisme n'était pas compliqué de l'influence épidémique. Pourquoi les nouvelles accouchées, en ville, sont-elles restées indemnes, et pourquoi les services d'hospitaliers ont-ils eu les cruelles faveurs du mal? la raison en est dans ce fait que là aussi le poison puerpéral s'établit de préférence.

Notre contingent de symptômes généraux paraîtra peut-être minime pour servir de témoignage irrécusable à l'infection de l'organisme; néanmoins, comment interpréter d'une autre façon cette tendance à l'adynamie, caractérisée par l'insomnie, l'état d'abattement, d'indifférence, la constipation, la sécheresse de la langue? Cet état général était d'ailleurs en rapport, par sa médiocre gravité, avec la bénignité ordinaire de la lésion locale.

Maintenant, une affection primitive étant admise, si nous recherchons les causes qui ont pu concourir à localiser la gangrène sur les parties sexuelles, il nous sera peut-être aisé de les trouver : les tiraillements, les distensions, les meurtrissures en altérant la vitalité des tissus sur lesquels ils portent, favorisent, on le comprend, la fixation de la gangrène, car un organe malmené se prêtera plus facilement à l'évolution d'une maladie que ce même organe sain; ces causes locales, sans résultats, à toute autre époque, deviennent

alors suffisantes pour la manifestation d'une cause générale déjà prête, qui aurait pu agir seule, mais qui reçoit de ces nouveaux accidents plus de facilité dans son développement.

En résumé, deux facteurs interviennent, chacun selon son importance ; l'un, subalterne, admet la contusion, les tiraillements ; l'autre, premier par sa puissance, assez efficace pour agir en l'absence du précédent, et toujours indispensable, consiste en une sorte d'intoxication générale, de nature inconnue.

ÉTIOLOGIE.

Les causes qui président au développement d'une épidémie sont trop pleines d'incertitude et toujours trop en dehors de nos moyens d'appréciation pour que nous ayons la prétention de traiter ce chapitre en l'élucidant. Nous consignerons simplement les circonstances au milieu desquelles nous avons observé, sans chercher à pénétrer l'origine et la nature de l'influence délétère, et pour procéder avec méthode nous diviserons cet aperçu étiologique en deux parties; l'une comprenant les causes générales ou déterminantes, la seconde les causes individuelles ou prédisposantes.

1° Causes individuelles. — On peut examiner à ce point de vue la constitution, l'état de santé durant la grossesse, la primiparité, l'acclimatement, les influences obstétricales.

a. *Constitution.* — L'étude de la constitution chez les femmes atteintes de gangrène ne peut prêter à aucune considération capable de jeter un jour quelconque sur la question ; nulle constitution n'était à l'abri du mal, et quel que fût le degré de faiblesse ou de vigueur, de détérioration ou de résistance organique, la maladie frappait indistinctement.

b. *État de santé pendant la grossesse.* — Parmi les femmes dont nous avons pu prendre exactement les observations, presque toutes, ou, pour mieux dire, toutes avaient traversé une grossesse normale ;

chez une seule il y avait eu des hémorrhagies répétées par insertion vicieuse du placenta.

c. *Primiparité.* — Elle a été considérée comme prédisposant aux affections puerpérales : la majeure partie de nos malades était com posée de primipares.

d. *Défaut d'acclimatement.* — D'après certaines recherches il semblerait établi (Lasserre, Botrel, Charrier, Tarnier) que les femmes sont d'autant moins atteintes, dans un hôpital, par les accidents puerpéraux, qu'elles y sont admises plus ou moins longtemps avant l'époque de la parturition ; pour Hervieux, au contraire, dans les années épidémiques, plus une femme séjournerait à l'hôpital, plus elle aurait de chance d'y contracter des affections puerpérales : nos malades avaient presque toutes fait un séjour plus ou moins prolongé à la Clinique, sauf un très-petit nombre qui y était entré d'urgence.

e. *Influences obstétricales.* — L'influence des opérations obstétricales n'a pas été aussi nette qu'on aurait pu le penser dans une affection siégeant à la vulve : nous avons vu des femmes laborieusement accouchées, ayant subi même une intervention chirurgicale, garder leur vulve intacte ; et, parmi celles que la gangrène n'avait pas épargnées nous notions en revanche beaucoup d'accouchements faciles, rapides.

Toutes ces causes ont-elles préparé le terrain, ainsi qu'on est dans l'habitude de le dire des causes individuelles ? en tout cas la préparation a été bien minime.

2° Causes générales. — C'est ici le lieu d'envisager, non plus la femme, prise individuellement, mais ce qui l'entoure, et ses rapports avec le milieu où elle est placée.

a. *Conditions atmosphériques.* — Nous ne pouvons mieux faire que de puiser nos renseignements, à ce sujet dans les rapports lus

à la societé des hôpitaux par la commission des maladies régnantes.

Octobre, novembre, décembre 1872. — La constitution atmosphérique de ces trois mois a été particulièrement remarquable par l'élévation exceptionnelle et constante du degré thermométrique, par l'abaissement de la pression atmosphérique, la permanence des pluies, l'intensité de l'état hygrométrique et l'action à peu près incessante des vents du sud; pendant toute cette période la température ne s'est jamais abaissée à — 1° et les moyennes donnent pour octobre + 10° 5, pour novembre + 8° 6 et pour décembre + 6° 5; en même temps les recherches ozonométriques indiquaient un chiffre très-élevé. — La constitution médicale a présenté une bénignité générale; peu ou point d'affections éruptives, mais exacerbation de la fièvre typhoïde, de la diphthérie; les maladies puerpérales sont nombreuses.

Janvier, février, mars. — L'hiver a commencé réellement le 26 janvier par un froid de — 2°; il s'est prolongé pendant presque toute la durée de février, pour cesser définitivement dès les premiers jours de mars. Durant cette saison hivernale si courte, les vents du nord et de l'est ont succédé aux vents du sud et de l'ouest; les pluies ont été encore abondantes, mais les chiffres ozonométriques ont sensiblement fléchi. Pendant cette période la diphthérie et les affections puerpérales ont présenté une exagération dans leur fréquence.

Avril, mai, juin. — Les caractères généraux de la constitution médicale n'ont présenté, pendant ces trois mois, rien de particulièrement saillant; aucune affection épidémique n'a offert un rôle prépondérant, les maladies puerpérales ont même subi une diminution considérable en juin. Température moyenne : avril 9°0 — mai 11°9 — juin 17°0. Pression barométrique moyenne, avril 753,7 — 752,0 — juin 755,1; les chiffres ozométriques sont plus élevés que les mois précédents.

Juillet, août, septembre — Température moyenne : juillet 19°9 — août 19°3 — septembre 14°5, — Pression atmosphérique, juillet

758,0 — août 754,3. La constitution médicale qui avait conservé pendant le mois de juillet les caractères remarquables de bénignité signalés pour les trimestres précédents, présente dans le mois d'août et au commencement de septembre une modification brusque, exprimée par une élévation très-notable du chiffre des décès, directement imputable à deux affections principales, le choléra et la fièvre typhoïde. La diphthérie est redevenue fréquente ; la rougeole a sévi avec intensité, et la fièvre typhoïde, prenant une gravité exceptionnelle, subissait son exacerbation saisonnière ordinaire en même temps que le choléra faisait sa première apparition.

A ce moment aussi les affections puerpérales prenaient à la Clinique une énergie assez redoutable pour nécessiter la fermeture graduelle du service ; la fièvre puerpérale faisait plus de victimes que jamais et la gangrène frappait dans la proportion de 1 femme sur 1,8. N'est-il pas singulier de voir la gangrène devenir plus fréquente à mesure que la fièvre typhoïde augmente de gravité, que le choléra se montre, et ne peut-on trouver dans cette coïncidence une preuve de plus en faveur de la nature infectieuse de sphacèle ?

b. *Conditions hygiéniques.* — Il nous est impossible de trouver dans ces dernières un défaut, un vice quelconque qui puisse expliquer l'irruption de l'épidémie dans les salles de la Clinique. « Dans cet établissement qui devait servir de modèle à toutes les maisons d'accouchements, dit M. Voillemier, on a cherché avec une sollicitude qui ne saurait mériter trop d'éloges à écarter les moindres causes de mortalité. Quatre salles seulement (il y en a 6 actuellement) sont destinées au service de 16 accouchées (32 aujourd'hui) ; elles sont situées au premier étage ; chacune d'elles est isolée des autres et donne sur un large corridor, où l'air extérieur peut arriver facilement. D'une forme presque carrée, elles ont 21 pieds dans un sens et 24 dans l'autre, les plafonds sont élevés de 16 pieds, ce qui donne 2000 pieds cube d'air pour chaque femme (chacune des deux salles

ajoutées équivaut, en dimensions, à deux des salles primitives et contient par conséquent un nombre double d'accouchées). Ajoutez à cela qu'au moyen de larges portes vitrées et de fenêtres qui ont presque toute la hauteur des salles, on peut en quelques instants renouveler complètement l'air. On avait donné comme cause puissante d'épidémie l'habitude de laver les salles à grande eau, même en hiver, et ici elles sont cirées ; on avait aussi insisté sur l'inconvénient d'accumuler dans un cabinet placé au bout des infirmeries les couches chargées de vidanges, et en effet, tous ces linges imbibés de matières putréfiées et infectes, exhalent surtout pendant l'été une odeur insupportable, qui doit concourir puissamment à la viciation de l'air ; à l'hôpital des cliniques, ce cabinet est placé près des fosses d'aisances, loin des infirmeries.

Malgré toutes ces précautions, les épidémies se développent encore dans cet hôpital presque chaque année, et la mortalité y est à peu près la même qu'à la maison d'accouchement. Je crois qu'on doit chercher la cause de ces faits dans quelques circonstances particulières, le voisinage des pavillons d'anatomie dont les salles ne sont séparées que par une cour étroite et un mur qui ne s'élève que jusqu'au milieu du premier étage. On s'aperçoit peu en hiver de la présence des pavillons, quoique leur influence délétère n'en continue pas moins à s'exercer ; mais pendant les chaleurs de l'été, l'odeur qu'ils exhalent est quelquefois tellement infecte, que dans certaines heures du jour, on est obligé de fermer les fenêtres donnant de ce côté (Histoire de la fièvre puerpérale qui a régné épidémiquement à l'hôpital des cliniques en 1838. — *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, janvier 1840).

Les conditions hygiéniques exposées par M. le Dr Voillemier étaient, cette année, ce qu'elles étaient autrefois ; et cependant autrefois la gangrène ne se montrait point avec cette extension si rapide, cette épidémicité singulière. Quelque chose avait donc changé dans l'air des salles, un élément nouveau était venu s'y joindre qui le rendait noci-

ble; c'est là précisément l'inconnue, dont rien jusqu'ici n'a pu rendre compte, ni les variations atmosphériques, ni les conditions hygiéniques. Qu'on l'appelle influence épidémique, miasme, ferment, elle reste insaisissable, et échappera bien longtemps encore aux poursuites dont elle est l'objet.

TRAITEMENT.

Une maladie qui se manifestait avec une bénignité aussi ordinaire, ne pouvait exiger une intervention bien active : aussi la simplicité de la médication mise en usage, a-t-elle égalé le peu de gravité de la lésion elle-même.

Rarement l'état général a fourni une source d'indications, et si parfois il laissait à désirer, le vin de quinquina, du vin généreux, une nourriture fortifiante suffisaient toujours. Le traitement topique faisait donc tous les frais; et, devons-nous l'attribuer à ces moyens thérapeutiques, ou à la tendance naturelle de la maladie, les résultats ont été toujours satisfaisants. La gangrène, en effet, se limitait d'elle-même; puis, l'eschare tombée, la plaie qui résultait, rosée, vive, de bon aspect, marchait sans encombre à une cicatrisation rapide. En présence d'une évolution aussi heureuse, les moyens héroïques n'étaient donc pas de mise; si l'on avait usé des cautérisations à l'acide chlorhydrique, au fer rouge, au perchlorure de fer etc., ainsi qu'il est proposé par certains auteurs, on eût inutilement augmenté les souffrances de la femme, pour se procurer la facile satisfaction de vaincre un mal qui cède de lui-même. Rien de tout cela ne fut donc mis en pratique. Le professeur Depaul se borna simplement aux moyens suivants : injections vaginales avec l'eau de guimauve, propreté extrême et pansements répétés, consistant dans l'application sur les points gangrenés de charpie imbibée de vin aromatique ; si l'odeur gangréneuse était trop infecte, on faisait des injections d'eau phéniquée, et on recouvrait l'eschare de poudre de charbon et de quinquina.

OBSERVATION I.

Pénétration de la gangrène dans le petit bassin ; hémorrhagie, péritonite, ovarite, métr
Mort.

Sigrist (Pauline), 20 ans, couturière. Constitution bonne, bassin normal, primipare, bien réglée ordinairement; pas d'accidents ni de complication pendant la grossesse; arrivée à terme. Entrée à la salle des accouchements le 9 janvier 1873. Rigidité de l'orifice du col, débridement au moyen de deux ou trois incisions très-petites ; application de forceps. L'enfant s'est présenté en position O. I. D. P. réduite par le forceps; poids de l'enfant, 3700 gr.

Après l'accouchement, la malade n'avait offert rien de particulier.

Le 12. La montée de lait s'était faite mais faiblement ; inappétence, insomnie, langue un peu blanche, figure fatiguée.

Le 13. La malade accuse des élancements dans les parties, avec chaleur vive. La vulve est, en effet, gonflée, tendue, douloureuse, rouge ; on constate à la partie interne et inférieure des grandes et des petites lèvres, à la commissure postérieure de la vulve, et aussi dans l'intérieur du vagin, la présence d'eschares grisâtres, larges, entourées par une muqueuse gonflée, d'un rouge violacé; l'eschare est molle, humide et laisse écouler une sanie d'odeur gangrèneuse infecte. Un peu de fièvre, insomnie, inappétence, soif vive, langue blanche un peu sèche ; sueurs la nuit; lèvres rouges, pommettes colorées; très-peu de douleur au ventre, pas de battement; l'utérus est resté très-élevé au-dessus du pubis.

Le 17. Les eschares sont en partie tombées produisant de chaque côté de la vulve une large perte de substance ; parties gonflées, douloureuses, de sorte que l'exploration est difficile ; léger mouvement fébrile qui n'a pas cessé depuis le 13. insomnie. Utérus encore très-élevé.

Le 19. Fièvre un peu plus forte que les jours précédents; pouls à 120. Peau chaude, figure inquiète, un peu d'agitation ; ventre à peine douloureux à la pression, parties très-douloureuses, gonflées ; les eschares en tombant ont amené l'élimination d'une notable partie de la grande lèvre et de la petite lèvre du côté droit; celle qui existait à la commissure postérieure de la vulve a entamé fortement le périnée.

Le 20. Fièvre persiste; ventre douloureux, déjà un peu ballonné.

Le 21. Toujours de la fièvre ; l'utérus volumineux est encore au niveau de l'ombilic. Ventre tuméfié, très-douloureux à pression surtout à droite dans la région d l'ovaire droit. Toutefois les parties causent moins de douleurs à la malade.

Le 22. Le travail éliminateur autour des parties sphacélées ne s'est pas fait par-

tout, et en certains points profondement placés, les eschares demeurent ; de nouvelles ont apparu vers la commissure postérieure, s'étendent sur le périnée et arrivent jusqu'au niveau du sphincter de l'anus qui est respecté. Odeur horrible de ces parties. Fièvre assez vive; insomnie, face abattue, teint un peu jaunâtre ; quelques frissons ; l'état général paraît s'être aggravé ; il y a du dévoiement.

Le 23. Diarrhée; teint terreux. yeux excavés, langue recouverte d'un enduit jaune-rougeâtre, sèche, rouge sur les bords ; insomnie, fièvre vive, ventre un peu ballonné et douloureux avec maximum des douleurs à droite ; il y a eu des frissons très-marqués.

Le 24. Diarrhée très-abondante. Fièvre vive, peau sèche, brûlante, la malade a déliré pendant la nuit; teint terreux; fuliginosités sur les dents et la langue ; de nouvelles plaques gangréneuses se sont produites autour de l'anus, vers le coccyx et une s'est formée sur le sacrum ; les plaies résultant de la chute déjà ancienne de certaines eschares, ont depuis longtemps déjà un mauvais aspect, une teinte blanchâtre, terne.

Le 25. Fièvre toujours très-forte. La malade a déliré pendant la nuit; l'infection purulente se confirme de plus en plus ; haleine fétide, langue et dents fuligineuses ; affaissement très-marqué, on peut examiner les parties et presser le ventre, la malade témoigne à peine quelques douleurs.

Le soir, vers sept heures, une hémorrhagie assez abondante se fait par le vagin ; on l'attribue à l'ouverture de quelques vaisseaux par la gangrène; en introduisant les doigts dans le vagin on a retiré des caillots, qui joints au sang qui souille le linge de la malade permettent d'évaluer la perte sanguine à 200 ou 300 gr.

Le 26. Fièvre très-forte; délire pendant la nuit; pouls petit, fréquent, peau sèche, brûlante, fuliginosités de la bouche et des lèvres ; yeux excavés ; la malade dit n'éprouver aucune douleur; l'adynamie est très-marquée; l'intelligence persiste.

Le 27. Mort.

Autopsie. — Péritonite purulente limitée au petit bassin et surtout marquée au niveau de l'ovaire droit; ovaire droit augmenté de volume, abcès nombreux dans son intérieur; trompe correspondante volumineuse. Utérus très-élevé; sectionné il présente un putrilage gris verdâtre, signe de ce que l'on a désigné sous le nom d'endométrite putrescente ; eschare gris noirâtre sur la face externe du col en continuité avec les eschares plus considérables siégeant dans le vagin. Grande lèvre et petite lèvre droites en grande partie détruites ; celles du côté gauche sont fortement entamées. Eschare considérable occupant la paroi antérieure, une partie de la paroi postérieure du vagin. En un point de la paroi vaginale situé à droite et

non loin de l'orifice vulvaire, on trouve une perte de substance, profonde de 3 centimètres environ, assez large pour permettre l'introduction du petit doigt ; en la suivant on pénètre dans l'excavation du petit bassin, jusque sur le muscle obturateur; cette sorte de canal ainsi creusé dans les parties molles par la gangrène présente un aspect noirâtre, putrilagineux, dû au sang qui l'a transversé, car l'hémorrhagie nous a paru provenir de ces points et résulter de l'ouverture de quelques-uns des lacis veineux si abondants vers le col vésical. Le foie est gras, considérablement augmenté de volume; rien de particulier dans la rate, les reins, les poumons.

OBSERVATION II.

Eschares à la vulve, au vagin, au col de l'utérus, péritonite. Mort.

Chégant (Joséphine), 34 ans, giletière. Entrée le 20 décembre 1872. Constitution bonne, bassin normal, primipare; arrivée à terme, réglée régulièrement depuis l'âge de 16 ans; légère hémorrhagie à quatre mois et demi. Durée totale du travail quatorze heures. L'enfant est venu en position O. I. G. A. accouchement le 20 décembre.

Le 21. la malade ressent de petites douleurs aux parties.

Le 22. En examinant on trouve la grande lèvre et la petite lèvre du côté droit tuméfiées, rouges, douloureuses, et, à leur partie interne une eschare irrégulière, grisâtre; odeur gangréneuse; figure fatiguée, indifférente ; insomnie, inappétence, langue blanche; pas de fièvre appréciable. Cataplasmes sur les parties génitales; injections vaginales émollientes. Pansement au vin aromatique.

Le 23. La montée du lait ne s'est pas faite et la malade ne peut pas allaiter son enfant; pas d'appétit, figure abattue, la malade est comme dans une demi somnolence; l'utérus est encore élevé, le ventre un peu douloureux; les eschares persistent sans augmenter; pas de fièvre.

Le 25. L'état général de la malade paraît s'aggraver; insomnie, céphalalgie; le pouls s'accélère, la peau est chaude, les lèvres rouges, les yeux brillants, le ventre ballonné et douloureux ; les eschares ne se détachent pas.

Le 26. L'état devient plus sérieux; vomissements porracés; pouls fréquent (130) péritonéal; peau chaude; facies abdominal; les dents ne sont pas fuligineuses; langue sèche, parole brève, saccadée; ventre ballonné et très-douloureux; constipation. Respiration rapide, courte. Infusion de thé noir; onguent napolitain sur le ventre, potion avec alcoolature d'aconit 2 gr.

Le 27. Facies abdominal plus prononcé ; extrémités violacées, refroidies. Régurgitations continuelles; ventre très-ballonné, la douleur n'est plus perçue par la malade; menaces d'asphyxie. Mort le jour même.

Autopsie. — Péritonite purulente généralisée; accumulation de pus dans le petit bassin. Le corps de l'utérus est intact; le col est gris violacé, déchiqueté sur sa lèvre antérieure, mâché, comme putrilagineux en ce point, il y a eu véritablement gangrène. La grande lèvre et la petite lèvre droites sont profondement entamées par l'eschare qui n'a été qu'incomplètement détachée pendant la vie; elle se prolonge dans le vagin à toute sa paroi postérieure et ne dépasse pas la muqueuse.

OBSERVATION III.

Gangrène des petites lèvres, du vagin, péritonite. Mort.

Hellembrand (Eugénie), 20 ans, couturière; était entrée dans les salles depuis le 9 janvier, où elle était soignée pour une dysentérie légère. Constitution bonne; bassin normal, primipare; accouchée à terme le 24 janvier. Présentation du sommet en O. I. G. A. Durée totale du travail six heures.

Le 25. Pouls 116. Température 38°,2. Parties très-douloureuses; grandes lèvres légèrement tuméfiées, les petites lèvres qui sont le siége d'un gonflement œdémateux très-considérable, débordent les grandes lèvres, font saillie en dehors de la vulve; elles sont rouges, chaudes, et présentent à leur partie interne et supérieure une petite eschare, environnée par la muqueuse un peu boursouflée; odeur fétide. Le ventre est douloureux, légèrement ballonné.

Le 26. Pouls 124. T. 40°,1. Diarrhée abondante; ventre très-douloureux et ballonné, langue sèche, jaunâtre; les eschares persistent.

Le 27. Pouls 140. T. 40°,6.

Le 28. Pouls 130. T. 40°,2. Diarrhée toujours abondante; la malade laisse aller sous elle. Même état du ventre que précédemment; fuliginosités des dents; peau sèche, parties douloureuses, travail éliminateur bien prononcé autour des parties mortes, mais les eschares ne sont pas détachées et de nouvelles se sont produites vers la commissure postérieure de la vulve; odeur gangréneuse.

Le 29. Pouls 140. T. 40°,2. Adynamie complète. Mort le 30 au matin.

Autopsie. — Péritonite purulente généralisée; ovarite du côté droit avec abcès multiples et pus dans la trompe du même côté. Le vagin est intact dans sa partie profonde; son extrémité inférieure présente, au contraire, dans tout son pourtour des eschares peu profondes, irrégulières, grisâtres, les bords en sont nets et taillés à pic; ces eschares sont multiples et séparées les unes des autres. Œdème persistant des petites lèvres qui toutes deux portent une eschare surtout profonde à droite; la commissure postérieure de la vulve est en majeure partie détruite par une eschare considérable qui se continue avec celle du vagin.

OBSERVATION IV.

Gangrène des parties sexuelles, du périnée jusqu'au sacrum, infection purulente. Mort.

Marie B..., 25 ans, domestique. Constitution bonne; bassin normal, deux accouchements antérieurs, accouchée le 16 janvier à terme, durée totale du travail 19 heures, position O.I.D.P. réduite.

Les deux premiers jours après l'accouchement ne présentèrent rien de particulier; l'utérus se rétractait, la montée de lait s'était faite le 18, mais perte d'appétit, insomnie, figure fatiguée.

Le 19. La malade ne témoigne rien d'anormal du côté des organes génitaux; pas de douleurs; cependant l'attention est attirée de ce côté par une légère odeur gangréneuse. On trouve en effet une eschare siégeant à la commissure postérieure de la vulve et à la partie avoisinante des grandes lèvres, légère tuméfaction des régions atteintes, un peu de chaleur et de rougeur, mais peu de douleurs. Outre cela il y a un peu de fièvre.

Le 20. Température 38°. Insomnie; inappétence.

Le 21. Pas de douleurs aux parties; l'eschare persiste, 39°.

Le 22. 38°,2. L'eschare n'est pas tombée, cependant légère inflammation de la muqueuse autour des parties mortes.

Le 23. 38°,6. Même état local; l'état général sans être bien tranché, laisse un peu à désirer. Sommeil troublé.

Le 24. 38°,8.

Le 25. 38°,6 un peu de diarrhée.

Le 27. 38°,8. L'eschare est tombée sur la grande lèvre droite

Le 28. 39°,4. Hier il y a eu des frissons répétés, pas de douleur au ventre; insomnie, céphalalgie continuelle, affaiblissement marqué, teint pâle un peu terreux. Les parties restent douloureuses, gonflées, rouges; l'eschare est tombée dans tous ses points, et l'ulcération qui a succédé est terne, atone, un peu blanchâtre. La convalescence est loin de s'établir franchement.

Le 30. 40°,4; de nouvelles eschares ont envahi tout le périnée, s'étendent autour de l'anus de tous côtés, et s'avancent vers le sacrum; un peu de diarrhée, insomnie, céphalalgie, brisement des membres, frissons répétés depuis plusieurs jours, sueurs la nuit; langue jaunâtre, sèche; face abattue, amaigrie. On donne sulfate de quinine.

Le 31. 40°,2. Frissons hier au soir, et ce matin; diarrhée, le diagnostic d'infection purulente se confirme; sulfate de quinine.

2 février. Mort au milieu de symptômes adynamiques.

Autopsie. Rien dans le péritoine, abcès métastatiques dans le foie, le poumon gauche. Petites lèvres en partie détruites par la gangrène qui avait envahi le périnée, sur une très-large étendue, et le sacrum dans son tiers inférieur. Rien dans le vagin, sinus utérins contiennent du pus.

OBSERVATION V.

Eschare exclusivement dans le vagin.

Annette Desclut, 27 ans, domestique. Constitution bonne, bassin normal; un garçon à terme, bien réglée ordinairement. Accouchée à terme le 13 janvier, durée totale du travail, 6 heures.

A partir du 15, jour où la montée de lait s'est faite, la malade accuse un malaise assez prononcé, caractérisé par fièvre légère, insomnie, perte d'appétit, un peu d'affaissement, langue sale; mais rien n'est signalé du côté des parties.

Le 19, cependant une odeur gangréneuse très-marquée conduit à l'examen des organes génitaux; on ne trouve rien à la vulve; toutefois l'odeur gangrèneuse bien caractérisée et bien connue permet d'affirmer qu'une eschare doit siéger dans le vagin; pas de douleur encore.

Le 20. Des douleurs vives apparaissent et semblent indiquer l'inflammation éliminatrice; odeur gangrèneuse; écoulement sanieux, infect.

Le 21. Douleur persiste.

Le 25. Douleur diminue, odeur bien moindre, l'eschare semble donc éliminée.

Le 29. Plus d'odeur gangréneuse, sensation incommode dans le vagin. Les parties vont très-bien. Guérison assurée. La malade sort avant d'être tout à fait guérie.

OBSERVATION VI.

Phénomènes locaux qui ont précédé l'établissement de l'eschare.

Louise Grosbois, 24 ans, employée de commerce. Constitution bonne, bassin normal, primipare, réglée irrégulièrement. Accouchée à huit mois le 13 janvier, durée du travail 9 heures, position O.I.G.A.

Le 15. L'état général ne présente rien à noter, l'utérus a exécuté son retrait, la montée de lait commence à se faire. Seulement à la partie interne et inférieure de la grande lèvre gauche, se prolongeant vers les parties profondes on note une ecchymose d'un rouge foncé, un peu ardoisée présentant à son centre un point jaunâtre, comme ramolli. Autour de l'ecchymose la muqueuse est finement injectée; pas de gonflement, cette plaque ecchymotique ne fait aucune saillie appréciable.

Le 16 au matin. L'ecchymose a pris une teinte grise, le point central est devenu blanc grisâtre; le 16 au soir, M. le Dr de Soyre a constaté la présence d'une petite eschare que nous retrouvons le 17, plus longue que large, exactement sur le point où existait l'ecchymose; les bords ne paraissent pas nets et bien tranchés comme dans une eschare qui a cessé de s'agrandir, ils sont violacés, gris ardoisé et paraissent sous l'imminence de la gangrène; le gonflement n'est pas très-notable autour de l'eschare ni dans le reste de la grande lèvre; un peu d'endolorissement, à la pression seulement; la malade ne se doute nullement de l'état de ses parties, odeur gangréneuse à peine perceptible. Un peu de malaise, inappétence, insomnie.

Le 18. Pas de douleur vive aux parties, cependant elles sont un peu tuméfiées; l'eschare primitive s'est un peu agrandie, une nouvelle s'est formée au niveau de de la commissure postérieure de la vulve se prolongeant vers le vagin. Langue blanche, pas d'appétit, insomnie.

Le 19. Rougeur inflammatoire de la muqueuse autour de l'eschare; effort éliminateur qui s'accompagne de chaleur aux parties, et douleurs vives, lancinantes.

Le 20. Certains points de l'eschare, ramollis, désagrégés par la suppuration se détachent, celle qui siége à la commissure n'en est pas à ce degré d'évolution.

Le 22. La première eschare est tombée, état général bon, la seconde est circonscrite par une aréole inflammatoire.

Le 23. La malade demande à sortir, quoique non guérie.

OBSERVATION VII.

Abrasion des grandes lèvres suite de gangrène. Plegmatia alba dolens.

Caroline Grosclaude, 21 ans, cuisinière, tempérament lymphatique; bassin normal, primipare. Réglée à 13 ans et demi, tous les mois régulièrement; accouchée à terme le 10 décembre après un travail de 19 heures; position O.I.G.A.

Le 12. La montée de lait se fait régulièrement, mais la malade paraît fatiguée, ennuyée, et se plaint de ne pas dormir; cependant on ne trouve de douleur nulle part.

Le 13. La malade accuse de la douleur aux parties génitales; grandes lèvres tuméfiées, douloureuses au toucher et présentant à leur partie interne une petite eschare irrégulière, d'un gris jaunâtre, entourée d'une auréole violacée. L'utérus est à peine au-dessous de l'ombilic; pas de fièvre.

Le 15. L'eschare s'est agrandie, elle a envahi les deux grandes lèvres dans leur totalité, mais ne paraît pas avoir atteint le vagin; toujours même aspect grisâtre, odeur gangréneuse très-prononcée; l'appétit a disparu, la figure est abattue, indifférente, le sommeil incomplet, peu réparateur; douleurs très-vives.

Le 17. Aréole inflammatoire très-prononcée autour des parties mortes; les eschares sont même en parties tombées entraînant l'élimination d'une notable portion des grandes lèvres. Toujours inappétence, langue blanche, figure abattue, taciturne, insomnie, un petit mouvement fébrile le soir, dû apparemment à l'inflammation éliminatrice.

Le 20. Les eschares persistent en certains points, et dans ceux où elles ont disparu, la plaie n'est pas rosée, vive.

Le 23. Il n'y a plus d'eschares, mais les plaies sont ternes, atones; l'appétit ne revient pas, insomnie, toujours de l'abattement. Amaigrissement notable; l'utérus est encore élevé au-dessus de l'excavation, le lait est devenu très-peu abondant et insuffisant pour la nourriture de l'enfant.

Le 27. Phlegmatia alba dolens à la jambe gauche; les plaies vulvaires ont repris bon aspect, et marchent à la cicatrisation.

3 janvier. Cicatrisation très-avancée des plaies, mais phlegmasia alba dolens du côté droit.

Le 10. Guérison définitive des parties; la cicatrisation est terminée, mais la malade n'a plus de grandes lèvres. Les deux jambes sont encore douloureuses à la pression surtout la droite, où persiste le cordon induré de la veine fémorale dans le triangle de Scarpa. Etat général très-bon.

Le 20. La malade sort totalement guérie.

OBSERVATION. VIII.

Eschares profondes du vagin, de la vulve, élimination de la majeure partie de la grande lèvre droite. Symptômes généraux.

Catherine Ozun, 28 ans, cuisinière. Entrée le 16 décembre, Réglée à 19 ans. constitution bonne; bassin normal, un accouchement antérieur. Accouchée à terme le 19 décembre; durée totale du travail, cinq heures. Position O.I.G.A; poids de l'enfant 3,930 gr.

20 décembre. La malade se plaint de douleurs vives à la vulve. Grande lèvre droite très-tuméfiée, portant une eschare à sa partie moyenne; odeur fétide, malaise très-prononcé, inappétence complète, affaiblissement notable, figure indifférente, sorte de torpeur, d'abattement; teint un peu jaunâtre. Insomnie.

Le 24. Même état général, l'eschare a envahi la petite lèvre droite et semble s'être portée assez loin dans le vagin; douleurs très-vives après l'émission de l'urine et quand la malade se remue. Utérus au niveau de l'ombilic.

Le 26. La malade se plaint beaucoups de l'insomnie, peau, sèche, un peu de fièvre; appétit nul, toujours une sorte de torpeur. La partie sphacélée est d'un

gris noirâtre ; il paraît y avoir des eschares très-profondément dans le vagin, douleurs très-vives.

Le 28. Grande lèvre et petite lèvre droites très-gonflées, chaudes, douloureuses au toucher, presque totalement envahies par la gangrène ; des points sphacélés apparaissent sur la petite lèvre gauche et la grande lèvre du même côté, la commissure postérieure de la vulve, au-dessous du clitoris, autour du méat. Même état général que précédemment, un peu de fièvre le soir.

Le 29. Insomnie tenace, un peu de fièvre le soir ; une auréole inflammatoire s'est établie autour des eschares de la grande lèvre droite ; la malade répand une odeur gangréneuse assez forte pour incommoder ses voisines, malgré les injections fréquentes qu'on lui fait.

Le 30. L'eschare qui se trouvait sur la grande lèvre droite est tombée, entraînant l'élimination d'une bonne partie de cette lèvre. Amélioration notable dans l'état général, plus de mouvement fébrile, figure ouverte, plus expressive ; un peu de sommeil, l'appétit revient ; toujours sensibilité très-vive des parties génitale-produites sans doute par le travail éliminateur dans les régions profondes.

3 janvier. Toutes les eschares sont tombées, presque plus d'odeur gangréneuse. Etat général bon.

Les 4, 5, 6, 7 et 8. Amélioration progressive de l'état local ; les plaies sont rosées, vives, bourgeonnantes, diminuent d'étendue, la tuméfaction n'existe presque plus.

Le 10. Même état des plaies. la malade sort ; mais la guérison est assurée.

OBSERVATION IX.

Eschares profondes sur le périnée, autour de l'anus, à la vulve. Hémorrhagies pendant la grossesse, insertion vicieuse du placenta.

Arsène Lejeune, 38 ans, couturière, constitution bonne, bassin normal, deux accouchements antérieurs, bien réglée ordinairement, pendant la grossesse trois hémorrhagies produites par une insertion vicieuse du placenta ; accouchée à terme le 8 janvier après un travail de quatre heures et demie, position O.I.G.A, poids de l'enfant 2,880 gr.

11 janvier. La malade, qui est très-nerveuse, présente une légère excitation fébrile, avec soif vive, sueurs, perte d'appétit, langue blanche un peu sèche, insomnie. La montée de lait s'était faite le 10 assez régulièrement.

Le 14. La malade accuse des douleurs très-vives en urinant ; grandes lèvres tuméfiées, rouges, chaudes, douloureuses ; en écartant on trouve les petites lèvres dans le même état ; les unes et les autres portent à leur partie inférieure, des eschares

qui se continuent avec celles de la commissure postérieure de la vulve. Autour des eschares, cercle violacé indiquant que la gangrène n'est pas encore limitée; écoulement sanieux, infect. Mouvement fébrile peu intense, malade très-inquiète; langue blanche, inappétence ; insomnie.

Le 16. Même état général, parties très-tuméfiées, très-douloureuses; cercle inflammatoire autours des eschares qui depuis le 14 se sont un peu agrandies; au côté droit les parties sphacélées tendent déjà à s'éliminer ; au côté gauche la gangrène a été moins profonde, moins étendue et les eschares y sont en partie tombées, mais de nouvelles eschares se sont produites sur le périnée s'étendant jusqu'à l'anus ; elles offrent une surface à peine humide, noirâtre.

Le 18. Les parties sphacelées à la vulve ont été presque toutes éliminées mais les plaies qui en résultent ne sont pas vives et rosées ; l'eschare du périnée s'est en partie détachée, et laisse une solution de continuité assez profonde, à bords rouges violacés, et dont le fond, incomplètement détergé est grisâtre, recouvert d'un liquide sanio-purulent, fétide; le sphincter anal est respecté.

Le 20. Les grandes lèvres sont moins gonflées, mais il y a encore un œdème très-notable des petites; toujours des douleurs vives ; les plaies ne se nettoient pas. Agitation, inquiétude considérable. Insomnie ; pas d'appétit ; pas de fièvre, mais souvent des bouffées de chaleur; amaigrissement.

Le 24. Même état général ; le sillon profond du périnée commence à perdre de son enduit grisâtre ; suppuration abondante.

Le 28. Les plaies de la vulve et du périnée, semblent s'améliorer ; l'état général devient un peu meilleur.

2 février. Les plaies ont pris bon aspect, elles bourgeonnent, la santé s'améliore, l'appétit, le sommeil reparaissent. La malade va bien mieux.

Le 16. La malade sort incomplètement guérie, mais en bonne voie.

OBSERVATION X.

Eschares de la vulve, phénomènes généraux assez apparents.

Marie Goin, 20 ans, blanchisseuse, constitution bonne ; bassin normal ; primipare, accouchée à terme le 31 décembre ; durée totale du travail, six heures; position O.I.G.A ; poids de l'enfant 3,060.

2 janvier. Gonflement des grandes lèvres, douleurs très-vives. En même temps malaise prononcé ; céphalalgie, insomnie rebelle, perte d'appétit, figure inquiète, sueurs la nuit, chaleur, soif ; eschare siégeant à la partie inférieure et interne des deux grandes lèvres. Utérus resté élevé au-dessus de l'excavation.

Le 4. Même état ; un cercle inflammatoire se montre sur la muqueuse autour des parties mortes.

Le 6. Encore insomnie, pas d'appétit, un peu d'abattement, langue blanche ; les eschares sont en partie tombées, mais les plaies sont ternes, grisâtres.

Le 8. Plaies devenues belles ; le sommeil, l'appétit, la gaité, sont revenus ; le gonflement et la douleur des parties ont bien diminué, la maladie marche vers la guérison.

Le 18. Malade sort tout à fait guérie.

OBSERVATION XI.

Eschare à la vulve et au vagin.

Clément (Amélie), 28 ans, couturière, constitution bonne ; bassin normal ; primipare ; accouchée à terme le 3 janvier ; durée totale du travail huit heures.

5 janvier. La malade témoigne un malaise prononcé : abattement, perte de sommeil et d'appétit, figure inquiète ; un peu d'agitation la nuit. Les grandes lèvres sont rouges, chaudes, tuméfiées ; il en est de même des petites, mais elles ne font pas saillie au dehors. En entr'ouvrant la vulve on aperçoit trois eschares, chacune de la dimension d'une pièce de 2 fr., siégeant à la partie interne et inférieure de la grande lèvre droite, au-dessous du méat urinaire et autour du tubercule antérieure du vagin, la troisième sur le côté gauche du vagin.

Le 8. Etat général ne change pas ; perte complète de l'appétit, du sommeil, céphalalgie très-vive, abattement, courbature générale ; les parties sont gonflées, douloureuses ; cercle inflammatoire autour des eschares. Utérus au niveau de l'ombilic ; légère fièvre.

Le 10. Un peu de fièvre ; pouls 102 ; peau chaude, soif vive, sueurs, langue blanche ; toujours insomnie ; douleurs encore vives, muqueuse rouge et gonflée autour des eschares qui commencent à se détacher, diarrhée très-abondante. Utérus toujours élevé.

Le 12. Parties bien moins douloureuses et moins gonflées, les eschares sont toutes tombées ; pas encore de sommeil ni d'appétit ; mais pas de fièvre ; diarrhée.

Le 14. La diarrhée a disparu, les plaies ont bon aspect ; un peu de sommeil, et d'appétit ; encore des douleurs aux parties.

Le 16. Les douleurs à la vulve sont plus vives que jamais, et cependant la surface des plaies n'offre rien de particulier, elle est rose, bourgeonnante.

Le 18. La santé est revenue, la période de réparation marche bien et les plaies sont nettes.

Le 30. Cicatrisation presque complète, la malade sort.

Nous pourrions encore augmenter le nombre de ces observations en transcrivant toutes celles que nous avons recueillies, mais leur simplicité, leur ressemblance presque complète enlèveraient à ces citations toute sorte d'intérêt ; elles ne constitueraient qu'un amas de faits identiques, et sans utilité. Nous avons cru donc devoir nous borner à signaler celles qui pouvaient offrir un certain intérêt, et à passer les autres sous silence.

Tableau résumé des 48 observations que nous avons pu recueillir complètement.

1. Marie Roussel, multipare, accouchée naturellement le 6 décembre. Forte hémorrhagie après l'expulsion de l'enfant, délivrance artificielle. Durée totale du travail, trois heures. Apparition de l'eschare sur la grande lèvre droite le 8 décembre ; chute de l'eschare le 13. Sortie guérie le 28 décembre.

2. Olimpe Gaudron, primipare, accouchement naturel le 6 décembre. Durée totale du travail treize heures. Eschares sur les grandes lèvres le 7, plaie complètement détergée le 22. Sortie guérie le 7 janvier.

3. Caroline Gros Claude, primipare, accouchement naturel le 10 décembre. Durée de son travail, dix-neuf heures. Eschares le 13 sur la grande lèvre ; la chute des eschares entraîne l'élimination des deux grandes lèvres ; *phlegmatia alba dolens* double. Sortie guérie le 20 janvier.

4. Alexandrine Dudouit, primipare, accouchement naturel le 11 décembre. Durée totale du travail, cinq heures. Eschares le 12 décembre sur la grande lèvre et la petite lèvre droite, et la petite lèvre gauche ; chute des eschares le 19. Sortie guérie le 6 janvier.

5. Marie Hélouin, primipare, inertie utérine, position O. I. D. P. persistante, application de forceps le 16 décembre. Durée totale du travail, vingt-cinq heures. Eschares le 20 sur la grande lèvre droite, la petite lèvre du même côté et les parties profondes du vagin ; chute des eschares le 27. Presque guérie le 4 janvier.

6. Henriette Godchaux, primipare, accouchement naturel le 19 décembre. Durée du travail, sept heures. Eschares le 22 sur la partie inférieure des grandes lèvres, sur les petites lèvres avec pénétration dans le vagin ; chute des eschares le 28. Sortie guérie le 4 janvier.

8. Angeline Deschamps, multipare, accouchement naturel le 19 décembre. Durée du travail, seize heures. Eschares le 21 sur les grandes lèvres, élimination le 25. Sortie presque guérie le 28.

8. Catherine Ozun, multipare, accouchement naturel le 19 décembre. Durée du travail, cinq heures. Eschares le 20 sur les grandes et les petites lèvres, au-dessous

du Clitoris, autour du méat, élimination le 30, et par le fait chute de la grande lèvre droite. Sortie le 10 janvier non guérie.

9. Désirée Drevet, primipare, accouchement naturel le 20 décembre. Durée du travail douze heures. Eschares le 23 sur la petite lèvre droite, la commissure postérieure de la vulve et un peu aussi dans le vagin; élimination des eschares le 30. Sortie guérie le 8 janvier.

10. Joséphine Chegant, accouchement naturel le 20 décembre. Durée du travail trente-quatre heures. Eschares le 21 décembre sur la grande et la petite lèvres droites, sur la paroi postérieure du vagin et la lèvre antérieure du col. Mort le 27, péritonite.

11. Elise Knœw, primipare, accouchement naturel le 21 décembre. Durée du travail, trente heures. Eschares le 23 sur les petites lèvres, sous le clitoris, autour du méat, à la commissure postérieure. Elimination des eschares le 29. Sortie presque guérie le 13 janvier.

12. Marie Rouault, primipare, accouchement naturel le 22 décembre. Durée du travail, dix heures. Eschare le 25 sur la commissure postérieure; chute de l'eschare le 3 janvier. Sortie guérie le 6 janvier.

13. Estelle Radiller, primipare, accouchement naturel le 23 décembre. Durée du travail seize heures. Eschare le 25 sur la grande lèvre droite; chute de l'eschare le 2 janvier. Sortie guérie le 9 janvier.

14. Daudry, femme Andral, primipare, accouchement naturel le 25 décembre. Durée du travail seize heures. Eschares le 28 sur les grandes et les petites lèvres, la commissure postérieure dans le vagin. Elimination complète des eschares le 8 janvier. Sortie en voie de guérison le 24 janvier.

15. Marie Bordet, primipare, accouchement naturel le 30 décembre. Durée du travail, douze heures. Eschares le 3 janvier sur la petite lèvre et la grande lèvre gauches; chute des eschares le 9. Sortie presque guérie le 16 janvier.

16. Marie Goin, primipare, accouchement naturel le 31 décembre. Durée du travail six heures. Eschares le 1er janvier sur la partie inférieure des grandes lèvres, la commissure postérieure; chute des eschares le 9. Sortie guérie le 23.

17. Marie Dubois, multipare, accouchement naturel le 24 décembre. Durée du travail dix heures. Eschares le 27 sur les grandes lèvres; les eschares sont très-petites et tombent le 31 décembre. Sortie le 17 janvier non guérie.

18 Machet, femme Reboul, primipare, rétrécissement du bassin; application infructueuse de forceps; craniotomie et céphalotripsie le 13 décembre. Eschares considérables le 16 sur les grandes lèvres, les petites lèvres, le vagin, bientôt sur le périnée jusqu'au sacrum, délabrement énorme des parties génitales. Mort le 23 janvier, péritonite.

19. Amélie Clément, primipare. Accouchement naturel le 3 janvier, durée du travail, huit heures. Eschares le 5, sur la grande lèvre droite, sous le clitoris sur la partie latérale droite du vagin. Sortie le 30, presque guérie.

20. Willaisne, femmé Guerrard, primipare. Rétrécissement du bassin, application de forceps sans résultat; craniotomie, céphalotripsie le 1er janvier. Eschares le 4 janvier aux grandes lèvres et à la petite lèvre droite. Mort, péritonite.

21. Julie Bouton, primipare. Accouchement naturel le 5 janvier, durée du travail vingt-trois heures. Eschare très-petite le 6 sur la grande lèvre droite, élimination de l'eschare le 11; la cicatrisation ne se faisait pas; symptômes d'infection purulente le 20. Mort; infection purulente.

22. Arsène Lejeune; multipare. Accouchement naturel le 8 janvier; durée du travail, quatre heures et demie; eschares le 11 janvier sur les grandes et les petites lèvres, la commissure postérieure; elles s'étendent, envahissent le périnée, et entourent l'anus. Sortie non guérie le 16 février.

23. Mathilde Billard, primipare. Accouchée naturellement le 9 janvier; durée du travail quatorze heures; eschares le 13 sur la grande lèvre gauche; élimination de la petite eschare le 17. Sortie non guérie le 18.

24. Eléonore Balvit, primipare. Accouchée naturellement le 9 janvier; durée du travail trente heures; eschares le 12 sur les grandes lèvres; chute des eschares le 18. Sortie presque guérie le 24.

25. Alphonsine Chantour, primipare. Accouchement naturel le 9 janvier; durée du travail vingt-deux heures; eschares le 11 janvier sur chacune des petites lèvres; chute des eschares le 17. Sortie le 20 presque guérie.

26. Pauline Sigrist, primipare. Inertie utérine, rigidité du col, débridements multiples, application de forceps le 9 janvier, durée du travail trente-une heures. Eschares le 13 janvier sur les grandes et les petites lèvres, la commissure postérieure, le vagin; pénétration ultérieure de la gangrène dans le petit bassin, péritonite, hémorrhagie; la gangrène a envahi le col, métrite putrescente. Mort le 27; péritonite.

27. July Philomène, primipare. Accouchement naturel le 11 janvier, durée du travail cinq heures et demie. Eschares le 14 sur les grandes lèvres; elles se détachent le 18. Sortie le 26 à peu près guérie.

28. Léocadie Talmi, multipare. Accouchement naturel le 12 janvier. Eschare le 18 sur la grande lèvre gauche, elle se détache le 23. Guérison.

29. Louise Grosbois; primipare. Accouchement naturel le 13; durée du travail huit heures; eschares le 15 sur la grande lèvre gauche, la commissure postérieure, un peu vers le vagin. Sortie le 23 non guérie.

30. Annette Desclut, multipare. Accouchée naturellement le 13; durée du travail six heures et demie. Eschare le 15 janvier uniquement dans le vagin. Sortie le 29 en voie de guérison.

31. Léonie Joly, multipare. Accouchement naturel le 15 janvier, durée du travail onze heures; eschares le 21 sur la grande lèvre droite; elle tombe le 25. Guérison.

32. Marie Bourgeat, multipare. Accouchement naturel le 16 janvier, durée du travail dix-neuf heures Eschares le 19 sur la commissure postérieure, les grandes lèvres, le périnée, autour de l'anus et jusqu'au sacrum. Mort, infection purulente.

33. Thérèse Remy, multipare. Accouchement naturel le 18 janvier, durée du travail trois heures. Eschares le 20 sur la commissure postérieure, la partie inférieure des grandes et des petites lèvres, chute complète des eschares le 30. Guérison.

34. Marie Dugat, multipare. Kyste de l'ovaire assez volumineux et cependant accouchement naturel, facile le 18 janvier, durée du travail sept heures. Eschares le 19 sur les grandes lèvres, la peau avoisinante, le périnée et le pli fessier. Guérison.

35. Eugénie Hellembrand, primipare. Accouchement naturel le 24, durée du travail cinq heures. Eschares le 25 sur les petites lèvres, le vagin à sa partie inférieure. Mort le 29, péritonite.

36. Braconnier, femme Mombrun, primipare. Eclampsie, application de forceps après débridement du col le 20 février. Eschares le 25 sur la grande lèvre gauche, elle tombe le 29. Guérison le 12 mars.

37. Barbe Dufrasy, primipare. Accouchement naturel le 5 février. Eschares le 11 aux grandes lèvres; elles tombent le 18. Sortie guérie le 22 février.

38. X..., n° 14, primipare. Accouchement naturel le 17 février; eschares le 20 à la grande lèvre gauche, à la petite lèvre et à la grande lèvre droite. Guérie le 20 mars.

39. Marie Rastus, primipare. Accouchement naturel le 13 février, durée du travail trente-quatre heures. Eschares le 15 aux grandes et aux petites lèvres, au vagin, au périnée progressivement. Mort, péritonite.

40. Mongel, primipare. Accouchée naturellement le 26 février. Eschares le 3 mars sur les grandes lèvres et la commissure postérieure; chute des eschares le 12 mars. Guérison.

41. X..., n° 17, primipare. Accouchée naturellement le 4 février; eschares le 7 sur les grandes lèvres, la fourchette; puis elles s'étendent sur le périnée jusqu'au

sacrum qui est aussi le siége de plaques gangrenées; le 30 mars la malade était en voie de guérison.

42. Josephine Dewil, primipare. Inertie utérine, application de forceps le 13 février; eschares le 17 aux grandes lèvres, sur la fourchette, chute complète des eschares le 28. Mort le 4 mars, infection purulente.

43. X..., n° 34, primipare, application de forceps pour inertie utérine le 24 février, eschares le 27 aux grandes et aux petites lèvres, chute des eschares le 5 mars. Sortie le 10 mars non guérie.

44. Gillot Olympe, primipare. Accouchement naturel le 9 février; eschares le 15 février à la grande lèvre et à la petite lèvre droite. Mort le 27, péritonite.

45. X..., n° 9, primipare. Inertie utérine, rigidité du col, œdème de la lèvre antérieure, débridement, application de forceps, incisions à la vulve le 3 février; durée du travail vingt-huit heures. Eschares le 6 sur les points où ont porté les incisions à la vulve, sur les petites lèvres, la fourchette, le vagin; de là la gangrène gagne le périnée, arrive même au sacrum. Sortie presque guérie le 10 mars.

46. X..., n° 3 bis, primipare. Ecclampsie, application de forceps le 21 février; eschares le 26 février sur les grandes lèvres, elles tombent le 6 mars. Sortie presque guérie le 14 mars.

47. Marie Jourdanay, primipare. Accouchée naturellement le 28 octobre 1873; durée du travail dix-neuf heures; eschare sur la petite lèvre droite, ayant amené par son élimination une perforation, une sorte de fenêtre dans la petite lèvre. Encore en traitement le 19 novembre, mais la guérison est assurée.

48. Julie Tillatte, primipare. Accouchée naturellement le 28 octobre 1873; durée du travail quinze heures. Eschares le 1er novembre sur la vulve et la paroi postérieure du vagin; l'élimination de ces eschares a produit une perforation de la cloison recto-vaginale et une fistule consécutive.

QUESTIONS

SUR

LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MEDICALES.

Anatomie et histologie normales. — Articulations du coude.

Physiologie. — Du toucher.

Physique. — Conductibilité des corps pour la chaleur, application à l'hygiène.

Chimie. — De la potasse, de la soude et de la lithine; leur préparation, leurs caractères distinctifs.

Histoire naturelle. — Caractères généraux des arachnides, leur division ; des araignées et des scorpions. Quels sont les arachnides qui habitent le corps de l'homme (sarcopte, demodex, etc.)?

Pathologie externe. — De la pourriture d'hôpital et de son traitement.

Pathologie interne. — De la maladie désignée sous le nom de goître exophthalmique.

Pathologie générale. — De l'influence des causes morales dans les maladies.

Anatomie pathologique. — Des hydatides du foie.

Médecine opératoire. — De la résection du genou et de ses indications.

Pharmacologie. — Qu'entend-on par saccharolés? comment les divise-t-on? Des gelées, des pâtes, des tablettes, des pastilles et des saccharures.

Thérapeutique. — Des injections médicamenteuses sous-cutanées.

Hygiène. — Des vêtements.

Médecine légale. — Caractères distinctifs des taches de sperme d'avec celles que l'on peut confondre avec elles.

Accouchements. — De l'hydramnios.

Vu, bon à imprimer,
DEPAUL, président.

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
A. MOURIER.